جامعة مؤتة

عمادة الدراسات العليا

أثر العوامل البيئية الداخلية والخارجية في تحسين جودة الخدمات الصحية

(دراسة تطبيقية على متلقي الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية في بغداد)

إعداد الطالب

عـادل عرنوص جمعة

إشراف

الأستاذ الدكتور زيـاد يوسف المعـشر

رسالـة مقدمـة إلى عمـادة الدراسات العليـــــا

استكمـالاً لمتطلبـات الحصـول على درجـة الماجستير

فـــي إدارة الأعمال قسم الإدارة العامـــــــــة

جامعة مؤتة 2010 م

الإهداء

اهدي هذا الجهد المتواضع ....

إلى من كرس حياتِه لينير لي دربي

إلى الذي استنُدت عليه طوال حياتي

إلى أعظم الناس وأوقرهم

إلى أشَد الناس حزماً وأرقهم

إليك يا أبي

إلى من علمتني المحبة والرحمة

إلى التي سقتني من ينابيع الحنان...والدتي العزيزة

إلى رفيقة دربي (زوجتي) وأبنائي الأعزاء

إلى إخواني وأخواتي وإلى أصدقائي جميعاً

عـادل عرنـوص جمـعة

الشكر والتقدير

لا يسعني بعد الانتهاء من كتابة هذه الرسالة إلا أن أتقدم بوافر الشكر وعظيم الامتنان إلى أستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور زياد يوسف المعشر الذي أشرف على هذه الرسالة، منذ أن كانت فكره. وأولاني جل اهتمامه وتفانيه لما قدمه من أراء قيمة وإرشادات سديدة، ما كنت أحصل عليها لوحدي ، وبنور علمه كشف الغموض الذي أعتراني أثناء الكتابة والبحث، إلى أن خرجت هذه الدراسة إلى حيز الوجود، اشكره جزيل الشكر.

كما أتقدم بجزيل الشكر إلى كل من ساهم وساعد في إنجاز هذا العمل وعلى رأسهم أساتذة قسم الإدارة العامة في جامعة مؤتة الذين لم يتوانوا عن تقديم النصح والمشورة والمعلومة القيمة ولأساتذتي أعضاء هيئة تحكيم أداة الدراسة على توجيهاتهم وأرائهم القيمة.

ويشرفني أن أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى أعضاء لجنة المناقشة الكريمة، على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الرسالة وتحملهم عناء قراءتها ومراجعتها وإثرائها بملاحظاتهم القيمة.

كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر لكل من ساهم معي في انجاز هذا العمل إلى أن خرجت هذه الدراسة إلى حيز الوجود.

عادل عرنوص جمعة

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

الملخص

اثر العوامل البيئية الداخلية و الخارجية في تحسين جودة الخدمات الصحية

" دراسة تطبيقية من وجهة نظر متلقي الخدمات الصحية"

في مدينة الطب العراقية

عادل عرنوص جمعة

جامعة مؤتة، 2010

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على اثر العوامل البيئية الداخليـة والخارجيـة فـي تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر متلقي الخدمات الصحية في مدينة الطـب العراقية، ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطوير استبانه لغرض جمع البيانات، تكونت عينـة الدراسة من (545) مبحوثـاً، واسـتخدمت الرزمـة الإحـصائية للعلـوم الاجتماعيـة (SPSS.16) لتحليل بيانات الاستبانة، وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان من أبرزها :

1. أن تصورات المبحوثين للعوامل البيئية الداخلية جاءت بدرجة مرتفعة، وأن تصوراتهم للعوامل البيئية الخارجية ، ولجودة الخدمة الصحية جاءت بدرجة متوسطة.
2. وجود أثر لأبعاد عوامل البيئية الداخلية في جودة الخدمة الصحية، وأن أبعاد عوامل البيئية الداخلية تفسر ما مقداره (65.7%) من التباين في جودة الخدمة الصحية.
3. وجود أثر لأبعاد عوامل البيئية الخارجية في جودة الخدمة الصحية، وأن أبعاد عوامل البيئية الخارجية تفسر ما مقداره (50.5%) من التباين في جودة الخدمة الصحية.
4. وجود فروق داله إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في تصورات المبحوثين لجودة الخدمة الصحية تعزى للمتغيرات (النوع الاجتماعي، العمر، المستوى التعليمي، طبيعة المهنة، ومكان السكن)، ووجود فروق داله إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في تصورات المبحوثين للعوامل البيئية المؤثرة تعزى للمتغيرات (النوع الاجتماعي، العمر، المستوى التعليمي، طبيعة المهنة، ومكان السكن).

وتوصي الدراسة بمايلي :

1- بضرورة أن تولي المستشفيات العراقية أهمية للمراجعين.

2- أن يتم تقديم الخدمات وفق طلبات وحاجات المراجعين. ولا بد من التعامل معهـم باحترام وإشباع حاجاتهم وتوقعاتهم.

Abstract

The Impact of Internal and and External Environmental Factors and to Improving Healthy Services Quality, "An Empirical Study from Healthy Services Recipients Point of View in Iraqi Medicine City.

Adil Arnos Juma a

Mutah University, 2010

This study aimed at Identy Fying The Extent effect of internal and external environmental factors in improving healthy. An Empirical study From healthy services Recipients **Point of View in Iraqi Medicine City**. For colleeting data a questionnaire has been developed to achieve the aims of this study, so the sample of this study consisted of (545 items) and to analyze the questionnaires data, a social Science Statistical (SPSS, 16) has been used. The resalts of this study concluded the following:

1. The Researchers Views for internal environmental factors came with a high degree but with a moderate level for both external environmental were at high level, while perceptions of external environmental factors and for healthy services quality.
2. There is an effect for internal environmental factors regarding to healthy services quality also the dimensions of internal environmental factors demonstrate (65.7%) of the ariance in healthy services quality.
3. There is an effect for external environmental factors in healthy services quality dewonstrating (50.5%) of variance in that.
4. There are significant differences ($\alpha \leq 0.05$) in the perceptions of quality of health services subjects attributed to (social kind, academic qualification, age, nature of the profession, place of residence) variables, and significant differences exist ($\alpha \leq 0.05$) in the perceptions of sample subjects for environmental factors attributed to (social kind, academic qualification, age, nature of the profession, place of residence) variables.

The study recommends the following:

1- Iraqi hospitals should provide importance to the customers (patients).
2- services should be provided regarding to the needs of customers-treating them respectively by Fulling of their needs and there expectationsWe must deal with them with respect and satisfy their needs and expectations.

الفصل الأول
خلفية الدراسة وأهميتها

1. 1 المقدمة:

واجه القطاع الصحي في العراق تحديات هائلـة، و شـهدت المؤشـرات للوضع الصحي في العراق تحسنا جوهريا، ولأن التحسين، وتطوير الوضع الصحي لم يكن ضمن أولويات الأنظمة السابقة، فقد عانى النظام الصحي إهمـالاً مـستمراً لأكثر من عقدين من الزمن، وأنخفض التخصيص المالي بحيـث لـم تُعـد تلبـي احتياجات القطاع الصحي لخدمة المستفيدين، ومن جراء ذلك شهد القطاع الـصحي في الوقت الحاضر تدهوراً متزايداً، ووصلت المؤشرات الصحية إلـى مـستويات متدنية تماثل تلك السائدة في بعض الدول الأقل نمواً في العالم.

إن واجب الدولة أن تقوم بإشباع الحاجات العامـة التـي يحتاجهـا جميـع المواطنين كالحاجة إلى الخدمات الصحية، ولكي تستطيع الدولة القيام بهذِهِ الواجبات يفُترض أن تقوم بأنفاق مبالغ ماليةٍ لإشباع هذه الحاجاتَ.

ويتميز العراق بتوازن كبير مابين مساحتِه، وعدد سكانِه، وموارده الطبيعيـة، ويحتل العراق موقعاً جغرافياً مهما، وقد وفرت السماتْ الرئيسية للاقتصاد العراقي وشعبِه ميزات تنموية كاملة تضعه في مقدمة الاقتصاديات الواعدة في المنطقة، غير إن الظروف السياسية، والاجتماعية، والحروب التي مر بها العـراق، والحـصار الاقتصادي خلال الربع قرن الماضي قد أدت إلى استتراف الموارد العامـة للـبلاد وحياة مئات الألوف من البشر، وخراب البنية التحتية نتيجة الإهمال، والاسـتخدام الجائر، وتدهورت خلال هذه الفترة القيمة الحقيقية للاستثمارات.

أن هذه التحديات الصحية الهائلة التي لم يتعرض لها أي بلد في المنطقة الذي تعرض له العراق، و في الوقت الذي دأبت فيه معظم البلدان على تحقيق مكاسـب في المجال الصحي، فأن الصحة في العراق تراجعت في عدد من مؤشـراتها مـن أعلى المستويات في المنطقة إلى أدناها، ومن هنا فان محور البحث يـدور حـول تأثير عوامل البيئة الداخلية، والبيئة الخارجية في الخدمات الصحية، وتحسين جودة هذه الخدمات، ومن خلال المعلومات، والتقصي عن الحقائق فقد وجدت أن هنـاك

ضعف حاصل في كيفية تحسين مستوى الخدمات الصحية، والبيئة الداخلية للمدينة الطبية في العراق والمستشفيات التابعة لها. وهذه من الأسباب التي حفزتني على تنفيذ هذا البحث، وعلى أن تكون دراستي في مدينة الطب في بغداد والمستشفيات التابعة لها، وهناك أكثر من جهة قد تستفيد من بحثي هذا كوزارة الصحة والمؤسسات التابعة لها، والجهات ذات العلاقة سوئ في التمويل المالي، أو الجانب المادي.

1. 2 مشكلة الدراسة:

يعد موضوع الخدمات الصحية من المواضيع المهمة المقدمة إلى المواطنين، وكما أن ضعف هذه الخدمات يعد من المشاكل الرئيسية في الجانب الصحي، وتمكين مشكلة الدراسة في محاولة الكشف عن أثر العوامل البيئة الداخلية، والبيئة الخارجية على جودة الخدمات الصحية في مدينة الطب، وكيفية تحسين جودة هذه الخدمات المقدمة، كما أن الخدمات المقدمة لا تتناسب آلا جزئياً مع احتياجات السكان الصحية، وتطلعاتهم، ومستويات الموارد البشرية المتوفرة العاملةَ في المجال الصحي، وتوزيعها فهي غير مناسبة لقد تدهورت البنية التحتية للمؤسسات الصحية نتيجة سنوات طويلة من قلة الاستثمار، والتمويل، وانعدام الصيانة، وسوء الإدارة.

1. 3 أسئلة الدراسة:

تحاول هذهِ الدراسة الإجابة على الأسئلة الآتية:

1. ما تصورات متلقي الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية للعوامل البيئية الداخلية المؤثرة في جودة الخدمات الصحية؟
2. ما تصورات متلقي الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية للعوامل البيئِية الخارجية المؤثرة في جودة الخدمات الصحية؟
3. ما تُصورات متلقي الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية لجودة الخدمات الصحية؟

1. 4 أهمية الدراسة :

تنبع أهمية الدراسة التُعرف على كيفية تحسين جودة الخدمات الـصحية فـي مدينة الطب العراقية من خلال العوامل البيئية، وتكمن أهمية الدراسة من حيويـة، وأهمية موضوعها المتعلق بجوانب الرعاية الصحية خصوصاً في بلـد كـالعراق حيث تحاول التُعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية وتأثرها بالعوامل البيئيـة الداخلية والخارجية، كما تبين هذه الدراسة أن للعوامل البيئية الداخلية، والخارجيـة دور كبير من خلال استعراض مفاهيمها، وما تم بحث جوانب منها كـذلك بحـث إبعادها في مجتمع الدراسة، والتعرف على الخدمات الصحية، وأبعاد جودة الخدمات الصحية، والتوزيع الصحيح للكوادر الطبية بين المؤسسات الصحية، ومـدى تقبـل المرضى في المستشفيات لنوعية هذه الخدمات التابعة للمدينة الطبية.

1 . 5 أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. تطوير إطار نظري يتضمن أهم المصطلحات، والمفاهيم المستخدمة في عوامل البيئة الداخلية، والبيئة الخارجية، وجودة لخدمات الصحية.
2. التعرف على واقع الخدمات الصحية وجودتها في مدينة الطب العراقية.
3. التُعرف على المعايير التي تقاس على ضوئها جودة هذه الخدمات الصحية.
4. التعرف على مدى اثر العوامل البيئية في جودة الخدمأت الصحية.
5. محاولة تقديم توصيات بناء على ما يتم التوصل إليه من نتائج، تُسهم في محاولة، ورفع مستوى جودةَ الخدمات الصحية استناداً إلى العوامل البيئية الداخلية، والبيئة الخارجية المؤثرة.

1. 6 فرضيات الدراسة:

تحاول هذه الدراسة فحص الفرضيات الصفرية الآتية:

الفرضية الرئيسة الأولى:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لعوامل البيئـة الداخلية بأبعادها (الموارد البشرية، الموارد المادية، ثقافة المنظمة) فـي تحـسين

جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المراجعين والراقدين في المستشفيات ويتفرع منها الفرضيات الآتية :

الفرضية الفرعية الأولى:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للموارد البشرية كبعد من أبعاد البيئة الداخلية الصحية في تحسين جودة الخدمات الصحية.

الفرضية الفرعية الثانية :

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للموارد المادية كبعد من أبعاد البيئة الداخلية الصحية في تحسين جودة الخدمات الصحية.

الفرضية الفرعية الثالثة :

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لثقافة المنظمة كبعد من أبعاد البيئة الداخلية الصحية في تحسين جودة الخدمات الصحية.

الفرضية الرئيسة الثانية:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لعوامل البيئة الخارجية بأبعادها(المستفيدين، الموردين) في تحسين جودة الخدمات الصحية ويتفرع منها الفرضيات الآتية :

الفرضية الفرعية الأولى:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للمستفيدين كبعد من أبعاد البيئة الخارجية في تحسين جودة الخدمات الصحية.

الفرضية الفرعية الثانية:

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للموردين كبعد من أبعاد البيئة الخارجية على جودة الخدمات الصحية.

الفرضية الرئيسة الثالثة:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لتصورات المبحوثين عن جودة الخدمات الصحية تعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية (النوع الاجتماعي، العمر، المستوى التعليمي، طبيعة المهنة، مكان السكن).

الفرضية الرئيسة الرابعة:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لتصورات المبحوثين عن العوامل البيئية الموثرة يعزى إلى المتغيرات الشخصية والوظيفية (النوع الاجتماعي، العمر، المستوى التعليمي، طبيعة المهنة، مكان السكن).

1. 7 التعريفات الإجرائية:

أولاً: المتغير المستقل وأبعاده:

1 - **عوامل البيئة الداخلية**: وتشمل الأبعاد التالية:

أ. الموارد البشرية (Human Resources):

هم جميع السكان التي ترعاهم الدولة اقتصاديا، وسياسياً، واجتماعيا، وصحياً، وثقافياً، فهم الأفراد القادرين على أداء العمل والراغبين في هذا الأداء بشكل جاد وملتزم (الصباغ و درة، 2008 :21- 20).

ويبين الباحث الموارد البشرية، هم الأفراد العاملين من الكوادر الطبية، والتمريضية والمهنية الفنية التشغيلية والإداريين وقدرة هذه الكوادر من تقديم الخدمات إلى المرضى.

ب. **الموارد المادية (Physical Resources):**

هي تلك الإمكانيات المادية، كالأموال النقدية المتوفرة، والموارد الطبيعية المختلفة، كالمباني، والاستثمارات، والتجهيزات الطبية كالأدوية، ومستلزمات الغرف من الأسرة، والأغذية المقدمة في المنظمة الصحية (غنيم، 28:2006).

ج. **ثقافة المنظمة (Organization Culture):**

هي جميع التقاليد والقيم والأعراف والخصائص التي تشكل الأجواء العامة للمنظمة وهي خصائص تكون ميقة التأثير وتنتقل من جيل إلى جيل أخر وتؤثر بالعاملين كالثقافة الوطنية ويكون تغيرها بطيء (برنوطي،121:2007).

2- **عوامل البيئة الخارجية :** وتشمل على الأبعاد التالية:

أ. المستفيدين:

هم الأفراد أو المرضى **(Patients)** المنتفعون **(Beneficiaries)** بالخدمات الصحية أو الوقائية، والعلاجية الذين يترددون أكثر من مرة على المنظمة الصحية،

ويذهب إلى أكثر من مستشفى عامة أو خاصة، يبحـث عـن الثقـة والاطمئنـان، والراحة تجاه صحته والشفاء العاجل (جاد الرب،334:2008).

ب. **الموردين (Suppliers):**

هم الأفراد أو المؤسسات التي تقوم بتوفير أو تزويد المنظمة شيئاً ما خدمـة، أو معلومات أو منتج بما تحتاج إليه من مواد ومستلزمات لإنتاج سلعة أو الخـدمات التي تقوم بإنتاجها (أبو النصر، 2008).

ويرى الباحث الموردين، هم الأفراد، أو المنظمات التي تقُوم بتزويد المستشفَى بما تحتاج إليهِ من المواد كالأسرة، والمستلزمات الطبية من الأجهزة، والمعدات، و الخدمات الصحية والأدوية التي تقوم بإنتاجها.

ثانيا: العامل التابع

جودة الخدمات الصحية (Health services Quality):

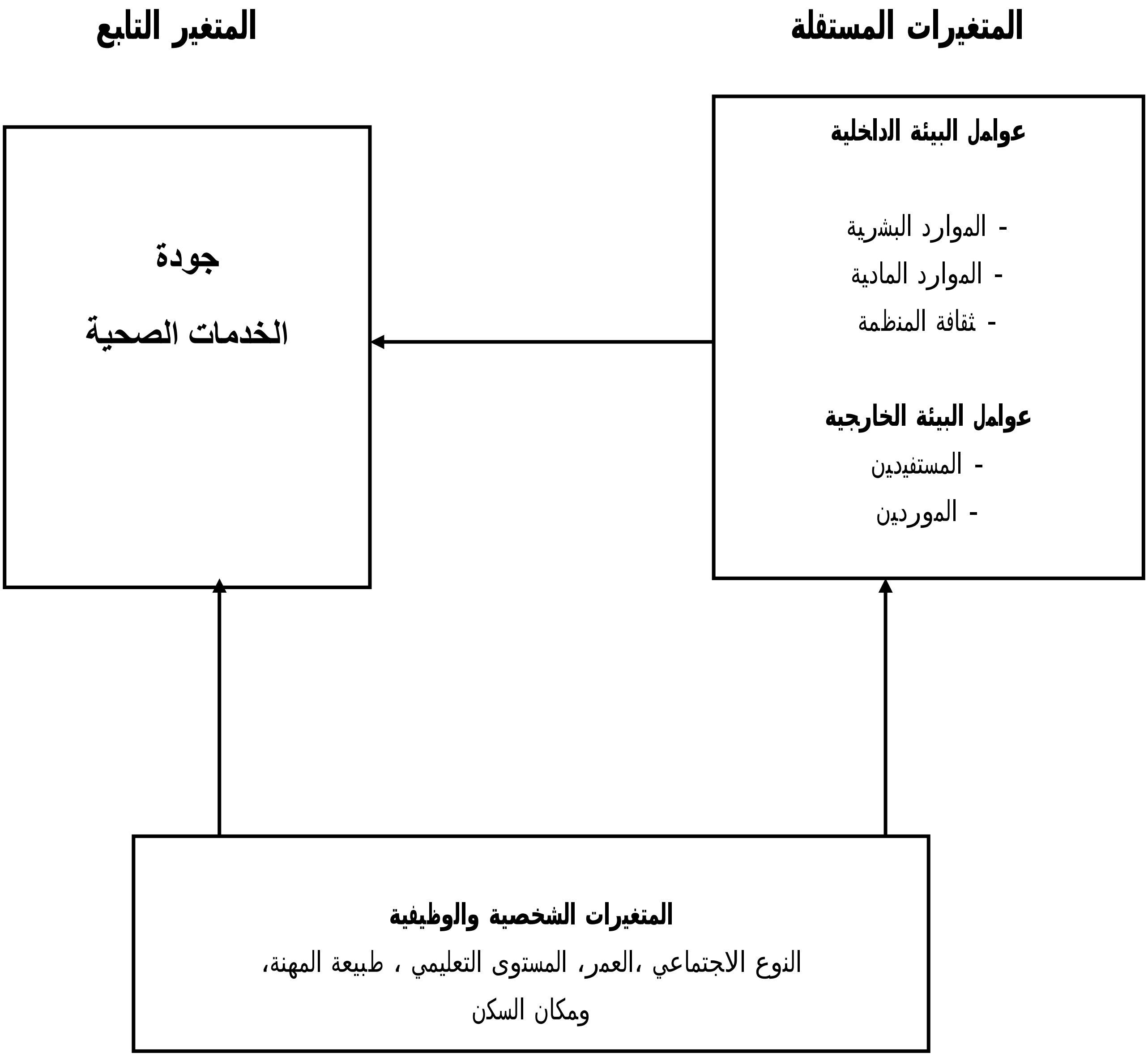
الجودة: هي درجة التميز أو التفوق في تقديم الخدمة، او المنتج هذا ماجاء في قاموس أكسفورد الأمريكي (السامرائي، 29:2007).

الخدمات الصحية: هي تلك الخدمات المنتجة من قبل العمالـة المتمثلـة بالأطبـاء، والممرضات، وعمال المساندة، وفنيون الأجهـزة الطبيـة، والإداريـون، وعمـال الخدمات المعاونة، كما تشمل أيضاً المبانِي، والتأثيث الطبي في جميع المستشفيات، والمعامل، ومراكز الإسعاف، والوحدات الصحية، والعيـادات الطبيـة والأجهـزة والأدوات الطبية المعمرة (إبراهيم، 2000: 21-28).

1. 8 أنموذج الدراسة :

يبين الشكل رقم (1) أنموذج الدراسة الذي يوضح المتغير المـستقل عوامـل البيئة الداخلية بأبعادها(الموارد البشرية، الموارد المادية، ثقافة المنظمة)، وعوامـل البيئة الخارجية بأبعادها(المستفيدين،الموردين) والمتغير التـابع جـودة الخـدمات الصحية وكذلك يوضح المتغيرات الشخصية والوظيفية(النوع الاجتماعي، العمـر، المستوى التعليمي، طبيعة المهنة، مكان السكن).

الشكل رقم (1)



. **المصدر:** من أعداد الباحث

الفصل الثاني
الإطار النظري والدراسات السابقة

2. 1 الإطار النظري:

يتناول هذا الجزء من الدراسة الأدبيات الفكرية التي تناولت الخدمات الصحية وجودة هذه الخدمات، كما يتناول العوامل البيئية الداخلية والخارجية المؤثرة علـى جودة هذه الخدمات وأبعاد كل منها.

1.2 .1 مفهوم الموارد البشرية (Human Resources):

أشارة (جواد، 2000 أ:217) إلى مفهوم الموارد البشرية، بأنها الموارد الحياتية الحيوية التي تشمل على الطاقات المستوردة من البيئة على هيئةَ الإنسان بعقلة وقدراتِه، وتوفيرها بالكم، والنوع.

وتعد إدارة الموارد البشرية، وحدة تنظيمية استشارية، ومساعدة لمختلف الوحدات التنظيمية في المنظمة، ويتوقف حجمها على عوامل المهام التي تقوم بها، ومدى الإيمان بأهميتها وعدد العاملين، وكلما زاد عدد العاملين في المنظمة زادت الخدمات المطلوبة من الإدارة وبالتالي انعكس على حجمها(أبو شيخه, 2000: 21).

تبين الأفكار الأجنبية بان تنمية وتطوير الموارد البشرية يتطلب اهتمام كبيـر بالخدمات العامة وتطوير كفاءتها يتطلب تحقيق الهدف ضمن جهود مخططـة لهـا بشكل صحيح وجيد فالعمل الجماعي لتطوير الموارد البشرية برهن فاعلية عالية في تحقيق الأهداف من خلال المشاركة الجماعية للخدمات العامة كوش وبريم (Ghosh & Prem, 2003: 360) .

كذلك تشمل الموارد البشرية جميع العاملين في المنظمة وهم الركيزة الأساسية لإدارة المنظمة كما أن الأهداف لا يمكن أن تتحقق ألا من خلال هؤلاء العاملين(الموسوي، 2004: 37).

كما يقصد بالموارد البشرية بأنها جميع الأفراد الذين يعيشون في بلد ما وهذا ما يعبر عنه إحصائيا بعدد سكان ذلك البلد، فالطاقات البشرية تضم ثلاث فئات

بشرية هي فئة المشتغلين، وفئة العاطلين، وفئة الخارجين عن هاتين الفئتين، وهم الخارجون عن قوة العمل التي تمثل قوة العمل الاحتياطية مثل ربات البيوت اللواتي لا يعملن ولا يرغبن في العمل ونزلاء السجون والمستشفيات كذلك أصحاب الأعمال الذين لا يشتغلون ولا يرغبون بالاشتغال كذلك الأطفال وكبار السن والعاجزين والممنوعين قانونا عن العمل (شاويش، 35:2005).

كما يقصد بالموارد البشرية، بأنهم الناس الذين يعملون في المنظمة رؤساء ومرؤوسين، وتم توظيفهم بالمنظمة لأداء كافة وظائفها تحت ثقافتها التنظيمية التي توضح أنماطهم السلوكية، ومجموعة من الخطط والسياسات والأنظمة التي تنظم أداء مهامهم وتنفيذهم لوظائف المنظمة لغرض تحقيق رسالتها وأهدافها المستقبلية، وفي المقابل تحصل الموارد البشرية على تعويضات متنوعة تتمثل بمرتبات وأجور ومزايا وظيفية في عملية المنفعة المتبادلة (عقيلي، 11:2005).

كما عرفها (مصطفى، 16:2008). بأنها مجموعات مـن الأفـراد الفـاعلين والقادرين على أداء العمل والراغبين في هذا الأداء بشكل جاد وملتزم، حيث تتكامل وتتفاعل القدرة مع الرغبة في إطار منسجم، فإن إدارة الموارد البشرية هي مـدخل استراتيجي لإدارة أهم أصول المنظمة ألا وهو العاملين بها الذين يقومـون بـشكل فردي وجماعي في تحقيق أهداف المنظمة.

كما تعرف الموارد البشرية بتلك الموارد الاقتصادية التي تنقسم إلى مجموعتين موارد بشرية اقتصادية، والتي تمتلك الرغبة في العمل وتسمح الظروف الاجتماعية والقانونية في المجتمع بتشغيله والثانية غير اقتصادية والتي تشير إلى الجزء الذي لا يقوم بأي نشاط اقتصادي تشير هنا إلى السكان في المجتمع (أبو بكر، 50:2008).

والموارد البشرية هي التي تشمل على كل الكوادر الإدارية والكوادر الفنية التشغيلية وتحديد الأعداد والأنواع المتوافرة، ومدى قدرة هذه الكوادر على التكيف مع المتغيرات (سالم، 46:2009).

كذلك الموارد البشرية تسمى أحياناً برأس المال البشري وتشمل ما موجود في المنظمة من إمكانيات وظيفية مع وصف لدرجة مهاراتهم ومؤهلاتهم وقدراتهم في اتخاذ القرار (الكرخي، 172:2009).

ويقصد بالموارد البشرية بأنها مجموعة من القوى العاملة التي تساهم في ممارسة الأنشطة المختلفة التي تودي إلى تحقيق الهدف(النداوي، 37:2010).

ويرى الباحث أن الموارد البشرية هم الأفراد القادرين على أداء العمل من الكوادر الفنية، والإدارية، والطبية، ويمارسون الأنشطة المختلفة، ويتوقف حجمها على عوامل المهام التي تقوم بها فهم الركيزة الأساسية لتحقيق أهداف المنظمة.

أهمية القوى العاملة الصحية:

تُعد القوى العاملة الصحية المقوم الرئيسي لتقديم الخدمات الصحية وفق مستوى عالي من الجودة والفعالية والكفاءة، على الرغم من التزايد الجيد في أعداد القوى العاملة الصحية في كثير من الدول يظل هناك نقص حاد وشديد في العديد من المناطق البعيدة و النائية في إعداد هذه القوى، فأغلب الأطباء يرغبون العمل بالقرب من الأماكن الحضرية، ويتجنبون في المناطق الريفية أو الفقيرة، وبالأخص الدول النامية تعاني نقص حاد في إعداد القوى العاملة رغم توافرها بصورة مناسبة في المدن الرئيسية، وبهذا تقوم بعض الحكومات بالتوسع بالطاقة الاستيعابية لإعداد كليات الطب، والتمريض، والعلوم الطبية الأخرى(الأحمدي، 334:2004).

إدارة الموارد البشرية في المستشفيات:

هي مجموعة وظائف، وأنشطة تستخدم لإدارة الموارد البشرية بطريقة بعيدة عن التحيز وتكون فعالة لخدمة الفرد والمنظمة والمجتمع ، فهي تخطيط ومراقبة وتنظيم واستقطاب وتنمية ومكافأة وصيانة المورد البشري لتحقيق أهداف المنظمة، فالمورد البشري هو محور الأساس في تنظيم العلاقة بين المنظمة وموظفيها وترمي إلى تحقيق أهدافها وأهدافهم (الموسوي، 19:2004).

على الرغم من تعدد التسميات للموارد البشرية لكن لها مفهوم واحد يتعلق أساساً بتدبير احتياجات المستشفى من الموارد البشرية اللازمة، ويمكن تعريف إدارة الموارد البشرية بالمستشفيات بصفة خاصة:

فهي الأنشطة المسوؤلة من تخطيط، وتوجيه، ورقابة الوظائف التي تختص بتدبير، وتنمية الوظائف الأساسية لإدارة الموارد البشرية في المستشفيات، وتخطيط الاحتياجات، وتحليل الوظائف بالمستشفى، واستقطاب لغرض الاختيار، وتعيين الموارد البشرية بالمستشفى، وتصميم نظام الحوافز كذلك تنمية، وتدريب الموارد، وتقييم أداء العاملين، والاهتمام بالصحة والسلامة المهنية، ورعاية العاملين بالمستشفى. (غنيم، 2006: 378).

إدارة الموارد البشرية في الرعاية الصحية : Human Resource Management **(**in Healthcare) يرى (وولش وسميث، 417:2009)، أن الرعاية الصحية تعتمد على قدرتها في التدريب، والتطوير، وتشَرك قوة العمل، كما يحدث في بريطانيا، وهناك منهجين:

الأول: يركز على جعل خدمة الصحة الوطنية موظف جيد وبذلك توظف وتدرب طاقماً جيدا ويدعى أدارة المورد البشري .

الثاني: يهتم بإعادة التفكير في كيفية تقديم خدمات ذات نوعية عالية وفعالة بقدر الإمكان ونسميها طرق العمل المختلفة.

ويرى الباحث إذا كان العنصر البشري هاماً في القطاعات الإنتاجية، فهو أكثر أهمية في القطاعات الخدمية، ومنها قطاع الخدمات الصحية حيث أن الاهتمام بتقييم أداء العناصر البشرية التي تعمل بالمستشفيات هو المدخل الأساسي للتقييم الكلي للمستشفى.

التخطيط للقوى العاملة الصحية:

عرف لونك وميرسس (Long and Merces) تخطيط القوى العاملة الصحية، بأنها إستراتيجية تأمين الموارد البشرية اللازمة للقطاع الصحي، وتعظيم الاستفادة من هذه الموارد وتطوير قدراتها، ومهاراتها بصورة مستمرة، والحفاظ عليها، فالتخطيط للقوى العاملة الصحية هو أداة ووسيلة إدارية تلجأ إليها الجهات المعنية، والتخطيط هو تحليل واقع العرض من تلك القوى والطلب عليها, ويساعد القوى العاملة الصحية في تحديد نوعية الوظائف المطلوبة (الأحمدي، 325:2004).

فالتخطيط الصحي هو الإدارة التي تهدف إلى زيادة فاعلية الخدمات الصحية، لتزويد اكبر عدد ممكن من السكان بالمنافع الصحية، وبأقل التكاليف، وتنمية جميع الخدمات المعنية بالصحة بصورة منتظمة (غنيم، 54:2006).

تاريخ مدينة الطب:

تُعد مدينة الطب إحدى أكبر المؤسسات الصحية في العاصمة العراقية بغداد، وتقع في الجانب الأيمن من نهر دجلة (جانب الرصافة)، وهي من أكبر المستشفيات الحديثة ليس في العراق وحسب، إنما على صعيد الشرق الأوسط حيث تُضم بين دفتيها خمسة مستشفيات كبرى هي دار التمريض الخاص، والجراحات التخصصية، وإمراض الجهاز الهضمي، والكبد وبغداد التعليمي، وحماية الأطفال، وجميعها في مجال الطوارئ تعتمد على طوارئ مستشفى بغداد التعليمي الذي يحتوي على قسم للطوارئ يضم أكبر قاعتين لطوارئ الباطنية والجراحية، و يقال أنها خامس اكبر مجمع طبي في العالم. أن تاريخ هذا البناء تم وضع حجر الأساس لهذا المبنى في الثامن من آذار عام 1961 بناء على اقتراح وزير الصحة في العهد الملكي الذي اقترح كذلك تسميته "بمدينة الطب"، وحظي المشروع آنذاك بموافقة مجلس الأعمار ليحال بعدها إلى شركة في نيويورك قامت بوضع التصاميم الكاملة له. في عام 1870م شيد الوالي مدحت باشا مستشفى الغرباء في الكرخ في الحديقة التابعة لوقف سليمان باشا حيث ساهم أهالي بغداد بتبرعاتهم في تشيدها وذلك لخلو مدينة بغداد من وجود أي مؤسسة صحية فيها في عام 1900م اصدر الوالي نامق باشا الصغير أمراً بتشييد مستشفى للغرباء في الرصافة، أما المنطقة التي شيد فيها المستشفى الجمهوري والذي تقوم على أنقاضه مدينة الطب الحالية، فقد كانت تدعى في العصر العباسي بالمخرم.(شعبة الأعلام والعلاقات العامة في مدينة الطب العراقية، 2009).

فئات القوى العاملة الصحية:

تُعتبر القوى العاملة الصحية من أهم الموارد الأساسية لنظام الخدمات الصحية وتقدم مختلف أنواع خدمات الرعاية الصحية لتلبية احتياجات السكان من تلك الخدمات وتشمل هذه القوى الأطباء البشريين وأطباء الأسنان والصيادلة وأعضاء

هيئة التمريض والتقنيين والاختصاصيين والمساعدين في التصوير الطبي. والجدول رقم (1) يبين أعداد الملاك في مدينة الطب العراقية لسنة 2009.

جدول رقم (1)

الملاك العامل في دائرة مدينة الطب حسب النوع والعمل لسنة 2009

المهنة	الكلي *	الفعلي *
اطباء	574	1316
اطباء اسنان	31	47
صيادلة	202	164
تمريضية	1011	936
مهن صحية	1848	1669
معاهد وكليات	619	824
إعدادية فما فوق	814	1177
المجموع	5099	6133

* المصدر : الدليل الإحصائي في دائرة مدينة الطب قسم التخطيط والمتابعة شعبة الإحصاء (2009).

* الكلي : هو الملاك الموجود الرسمي * أما الفعلي : فهم ليس فقط من داخل المدينة الطبية أي استخدام بعض الأحيان الأطباء والمهن الأخرى من باقي المستشفيات لغرض التطبيق والدورات.

والجدول رقم (2) يبين أعداد الأسرة لمستشفيات المدينة الطبية لسنة 2009.

جدول رقم (2)

أعداد الأسرة لمستشفيات المدينة الطبية لسنة 2009

إسم المستشفى	عدد الآسرة
1- مستشفى بغداد التعليمي	1000
2 – مستشفى الجراحات التخصصية	528
3- مستشفى دار التمريض الخاص	249
4 – مستشفى حماية الاطفال التعليمي	318
5 – مستشفى الجهاز الهضمي وامراض الكبد التعليمي	90
6 – المركز العراقي لامراض القلب	70
7 – شعبة الكلية الصناعية	24

* المصدر : الدليل الإحصائي للمدينة الطبية 2009

والجدول رقم(3) التالي يبين تخصيصات وزارة الصحة للمدينة الطبية من عام 2002 لغاية 2009 .

جدول رقم (3)

تخصيصات وزارة الصحة للمدينة الطبية من عام 2002 لغاية 2009 (بدينار عراقي)

السنة	مجموع الموازنة للمدينة الطبية
2002	156،408،000
2003	701،000،000
2004	37،375،000،000
2005	37،211،552،000
2006	29،241،520،000
2007	62،388،000،000
2008	72،069،760،000
2009	84،704،105،735

* المصدر: الجدول من إعداد الباحث معتمد على موازنة وزارة الصحة.

والجدول رقم (4) يبين مجموع أعداد الراقدين في المدينة الطبية وحسب الأشهر لسنة2009.

الجدول رقم (4)

مجموع أعداد الراقدين في المدينة الطبية وحسب الأشهر لسنة2009

الشهر	**المجموع**
كانون الأول	**4934**
شباط	**5003**
اذار	**6155**
نيسان	**6308**
ايار	**6486**
حزيران	**6931**
تموز	**6870**
آب	**7375**
أيلول	**5322**
تشرين الأول	**6751**
تشرين الثاني	**5990**
كانون الثاني	**6346**
المجموع	**74471**

المصدر: الدليل الإحصائي للمدينة الطبية لسنة 2009

1) أهمية الأطباء في مجال تقديم الخدمات الطبية:

تُعتبر مرحلة تشخيص المرض الجزء الأول من مراحل العلاج، فإذا أحسن الطبيب أداء هذه المرحلة يكون بذلك قد هيأ أساساً صالحاً، وسريعاً للعلاج الفعال، والجزء الثاني من العلاج تأتي مباشرة بعد مرحلة التشخيص، وتتضمن بشكل عام إعطاء الدواء بمكوناته، ومواعيد تناوله، وتتوقف مرحلة عملية العلاج على مدة دقة عملية التشخيص، ومدى التزام المرضى بتعليمات، وتوجيهات الطبيب المعالج، لذا يجب أن يكون هناك اتصال فعال بين المرضى وبين الطبيب حتى يمكنه استخلاص كل المعلومات التي تساعد على التشخيص، كما أن العلاقة والاتصال بين المريض والطبيب ومدى تأثير هذه العلاقة بالنسبة للمرضى في المستشفيات له دور حيوي في العلاج من الأمراض، وهناك بعض المؤشرات الكمية للتقييم حول معدل الأطباء إلى السكان والى الأسرة والى المرضى (جاد الرب، 2008: 207-209) كالأتي:

أ- معدل الأطباء إلى السكان: تتراوح نسبة عدد الأطباء إلى السكان في الدول المتقدمة ما بين (1-400) من السكان، أما في الدول النامية فتصل من (1-800) من السكان، ويصل أكثر من ذلك في الدول الأفريقية.

ب- نسبة الأطباء إلى الأسرة: يقيس هذا المؤشر معدل ما يخُدمه الطبيب من الأسرة ويختلف هذا المعدل من بلد إلى آخر، ومن مستشفى إلى أخرى داخل هذا البلد.

ج- نسبة الأطباء إلى المرض: يبين هذا المؤشر حجم المؤشر حجم الرعاية الطبية التي تقدم للمرضى سواء في العيادة الخارجية والاستقبال أو المرضى في الأقسام الداخلية وهنا كلما زادت نسبة عدد الأطباء إلى المرضى أدى ذلك إلى زيادة الوقت المخصص لفحص ورعاية المريض.

2-الدور الحيوي للتمريض في تقديم الخدمات الصحية:

تعتمد الخدمات الصحية بصفة عامة على الممرضات وتعتبر من العناصر الإستراتيجية التي تؤثر في أداء وكفاءة الخدمات الصحية لاتصالها المباشر بالمرضى، فالدور الحيوي هو الموقف تجاه المرضى، ومن أهم مسؤوليات الممرضة (نصيرات، 292:2008). ما يلي:

أ- تقدم الرعاية التمريضية للفرد وفقاً لاحتياجاته الجسدية والمعنوية والنفسية و تثقيف المرضى وتوعيتهم بصفة مستمرة.

ب- أن تكون الممرضة حلقة اتصال بين الطبيب والمريض و ان تظهر الرحمة والشفقة لضعف المريض.

ج- يتطلب الموقف المهني تجاه المريض التحلي بالصبر والتحمل وهي صفة يمكن أن تفقدها الممرضة دائما.

وهناك مؤشرات كمية للتقييم بالنسبة للممرضات (جاد الرب، 208:2008) وكما يلي:

أ- معدل ما تخدمه الممرضة من السكان، وطبقاً لمؤشرات منظمة الصحة العالمية، أن لكل (10.000) نسمة من السكان هي (77.3) ممرضة بالنسبة للدول المتقدمة، أما على مستوى الدول النامية فإن نسبة (10.000) ألف من السكان إلى (9.6) ممرضة، كما هو الحال في مصر.

ب- معدل ما تخدمه الممرضة من أسرة، كلما انخفض عدد الأسرة التي تقوم بخدمتهم الممرضة الواحدة، يعد هذا مؤشراً هاماً للوقوف على كفاية عدد الممرضات والعكس في حالة زيادة عدد الأسرة.

3) الفئات الفنية المعاونة:

هي جميع التخصصات الفنية التي تؤدي عملاً مباشراً تتصل بالخدمة الطبية مثل الأشعة، والعمليات، والتحاليل أو تلك التي تؤدي عمل غير مباشر كالمهندسين الصيانة ومساعديهم، حيث اعتبرت منظمة الصحة العالمية أن الخدمات المعاونة في المستشفيات، تمثل عنق الزجاجة في أداء الخدمات الطبية (جاد الرب، 2008: 222).

ويرى الباحث أن فئات القوى العاملة من أطباء وممرضين وفئات فنية معاونة لها دور كبير في عملية تقديم الخدمات الصحية وذلك بوجود ترابط بين كافة الفئات العاملة من اجل النهوض بواقع الخدمات المقدمة.

2. 1.2 الموارد المادية (Physical Resource):

مفهوم الموارد المادية:

هي كل ما يتوفر من المواد الأولية، والتجهيزات، والخدمات وكل التسهيلات التي تتوفر للمنظمة في البيئة الخارجية (جواد،216:2000).

فالموارد المادية هي موارد المستشفى المتاحة من الأدوية والمعدات، والأصول الرأسمالية، والكهرباء وتشمل عدة أقسام وكانت معظم معلومات الموارد المادية موحدة مع أنظمة معلومات الموارد المالية في المستشفى ولبر (Wolper, 2004:626-621).

يعد محور الموارد المادية من أساليب النهوض بفعالية خدمات الرعاية الصحية وكفاءتها، ومستوى جودتها، ويتمثل في موارد المستشفى المالية والطبيعية ومبانيها، والإمدادات الموجودة فيها (الأحمدي، 148:2004).

وتعرف الموارد المادية بتلك القدرات والإمكانيات المتاحة للمنظمة، سواء كانت هذه القدرات، الأموال، والآلات، والمعدات، والمباني، والأثاث والموارد وغيرها (المغربي،113:2006).

وهناك نوعين من الموارد المادية (شو وآخرون،59:2007).

1- الأصول المالية، وتشمل رأس المال المصدر أو الأموال النقدية، والقروض البنكية، أو إصدار سندات.

2- الأصول العينية مثل المواد الخام، والمعدات، والأراضي، والتكنولوجيا، والمعدات من أدوات، والتجهيزات الثابتة وملحقاتها.

أن ارتفاع أسعار الأدوية، وخاصة الإستراتيجية منهـا، وارتفـاع التكـاليف الاستثمارية كالمباني، والآلات، والمعدات، والتجهيزات،ُ تعد واحدة من الأسباب في ارتفاع التكاليف في المنظمات الصحية. أن القرارات الإستراتيجية المتخذة من قبـل المسؤولين القائمين بالتخطيط للخدمات الصحية،ُ تعد من أهم القرارات في اختيـار موقع المنظمة، ويلعب الموقع دورا استراتيجيا مهماً فهو يودي إلى تخفيض التكاليف المستقبلية المتاحة، وهناك اعتبارات يجب مراعاتها من حيث إمكانية توفير مساحات أضافية لغرض أحداث توسعات مستقبلية من جراء الكثافة الـسكانية فـي المواقـع

المتاحة فكلما زاد عدد السكان في منطقة معينة كلما زاد الانتفاع بالخدمات الصحية (جاد الرب، 251:2008).

وتشمل الموارد المادية على المعدات والآلات والمباني والأصول الرأسـمالية الأخرى وحصراً من ناحية الكميات وسعتها الإنتاجية (سالم، 46:2009).

وتعرف أيضا الموارد المادية بالموجودات الثابتة والمتغيرة لدى المنظمة أو الملموسة، حيث يؤثر كل من التمويل والبناء وقدرة المنظمة على العمل والاستمرار (الكرخي، 172:2009).

ويرى الباحث أن اغلب الموارد المادية تشمل تكاليف المباني، وتكاليف توفير الخدمات، والعمل، والأجهزة والمعدات الطبية، والأجور الممنوحة للعاملين كما تعتبر الأسرة من أهم الإمكانيات المادية في الوحدات الصحية، كذلك صيانة المباني، والنظافة في المنظمات الصحية ونظم المخازن، والأدوية، والنظام الغذائي، وتكاليف الأجهزة من خلال المفهوم للموارد المادية.

مؤشرات تقيم كفاية وكفاءة استخدام الأسرة في المنظمات الصحية:

أن اغلب المؤشرات في هذا الجانب تعتمد على معدل أشغال الأسرة وتبين العلاقة بين عدد الأسرة المستخدمة وعدد الأسرة الأساسية وتظهر من خلاله مدى كفاية أعداد الأسرة المتاحة، كذلك من خلال فترة خلو السرير ومتوسط مدة الإقامة وهناك مؤشرات تعتمد على معدل دوران السرير(ساعاتي، 90:1998).

ومن خلال تصنف المستشفيات للموقع، والسعة السريرية يوجد ثلاث أنواع من المستشفيات، محلية صغيرة وعادة سعة المستشفى السريرية لا تتجاوز أكثر من (120) سرير، ومركزية متوسطة، وتتراوح سعتها السريرية عادة مابين(120-500) سرير، ومستشفيات عامة كبيرة، وتبلغ السعة السريرة فيها أكثر من (1000) سرير(جادة، 40:2007).

أن من أهم الإمكانيات المادية في الوحدة الصحية بوجه عام هي الأسرة، أن عدم توافر سرير قد يعني أن حالة المريض أصبحت في خطر رغم تزايد الطلب على خدمات المنظمات الصحية وتزايد أعداد المرضى ويلاحظ بوجه عام عدم زيادة عدد الأسرة بنفس معدلات زيادة المرضى أو عدد السكان (جاد الرب،254:2008).

هناك أسرة تستثنى من تعداد الأسرة للمستشفى الموجودة في غرف الأطباء لغرض الفحص وأسرة الطواري والأسرة في العيادات الخارجية كذلك في مساكن الممرضات والأطباء وفي غرف الإنعاش (نصيرات، 186:2008).

تقيم مدى كفاية وكفاءة الأجهزة والمعدات في المنظمات الصحية:

تلعب الأجهزة الحديثة في مجال الطب دورا فعال من حيث السرعة في اكتشاف الأمراض، وتشخيصها وإجراء العمليات الجراحية، والعلاجية بدرجة عالية من الدقة، وتساعد هذه الأجهزة على رفع الكفاءة العلاجية والفنية لدى الأطباء ومعاونيهم وتوفير الوقت والجهد والتكلفة المستنفذة في العمليات مما يودي إلى تخفيض تكاليف العلاج (جاد الرب، 272:2008).

مؤشرات تقيم الجوانب المالية في المنظمات الصحية:

أن الخدمات الصحية العامة تدخل ضمن إطار المسؤولية العامة للدولة على أنها حق من حقوق المواطنين فان المصدر الأساسي لتمويل هذه الخدمات يتمثل في الدولة (الأحمدي، 26:2004).

من الجدير بالذكر أن الأنفاق الحكومي على الخدمات الصحية يكون ضمن اعتبارات سياسية واجتماعية ومالية والإنفاق في هذا المجال يتحدد بالتحويلات الاقتصادية من خلال إيرادات الدولة ولا تبتغي الدولة لتحقيق الربح أو فوائد مالية كما أن هناك اعتبارات استثمارية ربحية (بواعنة، 103:2004).

أن تمويل الخدمات الصحية في معظم الدول النامية تأتي عن طريق حكوماتها سواء كان تمويل مباشر أو غير مباشر وتتحمل الحكومة كافة النفقات لتمويل الإنفاق الحكومي الصحي ضمن الخطة العامة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، وتستخدم المؤشرات للحكم على مدى كفاية وكفاءة الإمكانيات المالية للقطاع الصحي من خلال نسبة ميزانية وزارة الصحة إلى أجمالي ميزانية الدولة كذلك من خلال متوسط نصيب الفرد من الخدمات الصحية، ومعدل تكلفة السرير في اليوم أو معدل تكلفة السرير في السنة (جاد الرب، 277:2008).

ويرى الباحث أن الإمكانيات المادية لها دور كبير في المنظمات الصحية وخاصة الأمور المالية التي تعتبر جزء من الموارد المادية، و لها دور كبير في

تحسين جودة الخدمات الصحية فان زيادة الأنفاق الحكومي في هـذا الجانـب لهـا مردودات ايجابية في الجانب الاجتماعي.

3. 1.2 ثقافة المنظمة (Organization Culture)

الثقافة (Culture):

هي التي تميز بين فرد وأخر و جماعة وأخرى، وحتى بين المجتمعات القائمة، وهي التي تكسب الإنسان صفته الاجتماعية، والسلوكية، وتجعله حالة متميزة فـي هذا الكون (جواد، 2000ب:232)

كما تعرف الثقافة بأنها مجموعة القيم والأفكار والمعتقدات والأعـراف التـي تسود بين الأفراد في المستويات الاجتماعية المختلفة، ويتعلم الفـرد الثقافـة عنـد الصغر لا شعورياً يخترقها لفترات حتى يظهر تأثيرها علـى الـسلوك والأفكـار والافتراضات والتوقعات والإدراك (حسن, 2001:431)

فالثقافة هي مجموعة من الأنماط السلوكية في أي مجتمع ويلتزم بها الأفـراد وتنقسم إلى ثقافة مادية (Material Culture) وهي الأشياء الملموسة في المجتمع من صنع الإنسان، وتُعبر عن أساليبه ونشاطِه، و ثقافة غيـر الماديـة (No Material Culture) (نشوان و نشوان، 2004:229).

وعرف قاموس (Oxford) الثقافة أنها الفنون والمظاهر للانجازات الفكرية الإنسانية، وإنها شعور مهذب بهذا التطور الفكري (الوقفي، 2004:39).

مفهوم الثقافة التنظيمية:

"هي منظومة القيم الأساسية التي تتبناها المنظمة والفلسفة التي تحكم سياستها تجاه الموظفين والعملاء والطريقة التي يتم بها إنجاز المهام والافتراضات والمعتقدات التي يشارك الموظفين والعاملين في الإيمان بها ويمكن القول إلى أن الثقافة التنظيمية تشير إلى منظومة المعاني والرموز السائدة في التنظيم" (القريوتي, 2000: 151).

ويقصد بالثقافة التنظيمية هي بيئة اجتماعية تحرك التوقعات الرسـمية وغيـر الرسمية للإفراد، وتعرف أنواع الناس الذين سيلاءمون المنظمة، وتـشكل حريـات

الإفراد للقيام بأعمال دون الحصول على موافقة مسبقة، و تؤثر في كيفيـة تفاعـل الناس مع الآخرين داخل وخـارج المنظمـة، كوبتـا و كوفنـدارجان (& Cupta (Govindarajan, 2000:79).

وتشير الادبيات كل من كينكي وكريتنر (Kinicki & Kreitner, 2003:24)، وكومار (Kumar, 2004:93). بتعريف الثقافة التنظيميـة بمجموعـة مـن القـيم والمعتقدات الاجتماعية المشتركة والأساطير تنشا منذ زمن وتودي إلى فهم مشترك للعاملين في المنظمة حول أهداف المنظمة، و تضبط تفاعلات أعضاء المنظمة مـع بعضهم بعضا، ومع الزبائن، والإفراد الآخرين خارج المنظمة.

كما تعرف بتلك القيم السائدة التي تعتنقها المنظمة أو الفلسفة التي ترشد سياسة المنظمات نحو العاملين والزبائن وهي افتراضات ومعتقدات أساسية التي يشترك فيها أعضاء المنظمة فثقافة المنظمة تشير إلى معنى مشترك هو أن كل منظمة تمتلك مجموعة من المعتقدات والأساطير والطقوس والرموز التي نشأت بمرور الزمن وهذه بدورها خلقت فهم مشترك لدى أعضاء المنظمة حول الأهداف والأشياء وكيفية التصرف إزائها (الدوري، 2005: 128).

كذلك يقصد بالثقافة التنظيمية هي منظومة القيم السياسية التي تتبناها المنظمـة والطريقة التي يتم بها انجاز المهام فهي منظومة المعـاني والرمـوز والمعتقـدات والممارسات التي تتطور وتستقر مع مرور الزمن وتصبح سـمة خاصـة للتنظـيم وتخلق فهما عاما بين أعضاء التنظيم حول خصائص التنظيم والسلوك المتوقع مـن الأعضاء فيه (القريوتي، 2008: 373).

ويقصد بالثقافة التنظيمية هو نظام من المعاني المشتركة التي يحتفظ بها الإفراد والتي تميز المنظمة عن المنظمات الأخرى روبنس وجودج (Robbins & Judge, 2009:585).

وتعرف الثقافة التنظيمية بأنها مجموعة القيم والمعتقدات والمفـاهيم وطـرق التفكير بين إفراد المنظمة فهي محسوسة وغير مكتوبة وغيـر مرئيـة (مـشهور، 2010 :99).

ويقصد بالثقافة التنظيمية هي تلك الطرق أو أنماط الحياة التي يتم بناءها وتطويرها من قبل مجموعة من الناس، ويتم توزيعها من جيل إلى جيل وتخدم الثقافة التنظيمية وظيفتين هيه دمج الأفراد لمعرفة ما ستكون علاقتهم بعضهم البعض، وتساعد التنظيم على التأقلم مع البيئة الخارجية (عيسى، 149:2010).

ويرى الباحث أن الثقافة التنظيمية هي مجموعة من القيم، والمعتقدات الاجتماعية التي يشتُرك بها أعضاء المنظمة كوسيلة للنظر حول السلوك، والتصرف في المنظمة، وتكون على شكل منظومة للمعاني والرموز في التنظيم وهي تعكس وجهة نظر المنظمة، وبيئتها.

ثقافة المستشفى :

أن اغلب الخدمات قد تطورت ثقافتها، وأسلوبها الخاصين بها للارتقاء بمستويات الجودة فيها لتطبيق أسلوب إدارة الجودة فهذا يلتقي بشكل جيد مع نمط أدارة المنظمة التي تتصف بالاتصال الكفء، والفعال، والأداء الراقي للموظفين فيها المرتبط بالحوافز أن العديد من مقدمي الخدمات الصحية لا يبدون هذا النمط والأسلوب الثقافي في وحداتهم الصحية لكنهم على استعداد يتبنون مفاهيم أسلوب إدارة الجودة الشاملة (كوش، 83:2002).

الثقافة التنظيمية الجديدة (New Organizational Culture)

هي بنية اجتماعية Construction Social تشمل مجموعة من المبادئ والقيم، والمفاهيم، والمعتقدات الموجودة داخل المنظمة لجميع أعضائها، بحيث يستطيعون إدراك الأحداث الجديدة التي تحاول المنظمة إدخالها، فهي الموجه للسلوك الإنساني ولها دور مؤثر في اتخاذ القرارات، وحل المشاكل التي تصادف المديرين، والعاملين أثناء تطبيقهم هذه المنهجية الجديدة؛ فالثقافة الجديدة تحتاجها إدارة الجودةَ تنمي المودة بين العاملين من خلال اعتناق الجميع لقيم، ومعتقدات تنظيمية واحدة، وتحقيق رسالة المنظمة الجديدة، وتسهيل عملية الاتصال داخل المنظمة، بحيث تكون قادرة على إحداث التكامل الداخلي للأنماط السلوكية بين كل العاملين في المنظمة؛ فالثقافة التنظيمية لها فوائدها للجودة من حيث لغة الحديث والعمل،

والسلوك، وربط الأفراد داخل المنظمة مع بعضها البعض في نسق واحد (عقيلـي، 2001: 84).

نموذج الثقافات المجتمعية والتنظيمية:

تؤثر الثقافة على السلوك التنظيمي بطريقتين: (حسن, 431:2001).

1- تأثير الثقافة المجتمعية: عندما يحضر الأفراد إلى العمل حاملين معهم عادتهم، ولغتهم، وقيمهم التي تعلمونها من المجتمع.

2- تأثير الثقافة التنظيمية: وهي نتاج لكل الثقافات المجتمعية داخل المنظمة، وتؤثر على قيم وأخلاقيات واتجاهات وتوقعات الأفراد.

ثقافة المهمة:

هي التي تعكس إن المنظمة لها مهمة محددة لا تتأثر كثيرا بالتغيرات البيئيـة، ومن أمثلة ذلك المؤسسات العلاجية ومؤسسات الأدوية، فهذه لها مهمة محددة، وهي صحة الأفراد ثم أن تطور هذه المهمة يكون محدود لان الطالـب هنـا لا يخـضع لرغبات شخصية في جوهر الخدمة غير أن بعض القيـود الدينيـة أو التـشريعات الحكومية بمرور الوقت تؤثر على نطـاق المهمـة وكيفيـة الأداء (أبـو الخيـر، 378:2006)

أهمية الثقافة التنظيمية:

تشير أدبيات الثقافة التنظيمية كل من (المرسي، 25:2006) وروبنس وجودج (Robbins & Judge, 2009:589) و(العطيـة، 338:2003) إلـى وجـود ثقافـة تنظيمية مميزه تساعد على تحقيق العديد من الفوائد، كما أن الثقافة التنظيمية تعكس أشكال التأثير في أداء الأفراد وأداء المنظمة وتبرز أهمية الثقافـة التنظيميـة فـي تحقيقها العديد من الفوائد للمنظمات يمكن إجمالها:

1- تنمية الولاء والانتماء للمنظمة.

2- منح إفراد المنظمة المعنية شعورا بالهوية التنظيمية من خلال تحديد أبعاد الاختلافات بين المنظمة والمنظمات الأخرى، وتحقيق الاستقرار التنظيمي، وتسهيل بناء الالتزام لدى الإفراد أكثر من الاهتمامات الشخصية الأخرى.

3 - التنبؤ بأنماط التصرفات الإدارية في الموقف الصعبة.

4- الاهتمام بالأدوار القيادية والإرشادية وتعزيز المرغوب فيها

إيجابيات وسلبيات الثقافة التنظيمية

أن الثقافة التنظيمية لها سلبيات وايجابيات كمـا بينهـا (الـصيرفي, 2006: 261). ايجابياتها هي توحيد هوية الأعضاء، وتسهيل الانتماء، والـولاء للتنظـيم، وتعزيز الثبات، والتماسك التنظيمي، وإدارة الرقابة، والتوجيه للمواقف، والـسلوك فهي توضح أهداف المنظمة. أما سلبيات الثقافة التنظيمية، فهي عائق أمـام التغيـر أحياناً، وخاصة إذا كان في بيئة كبيرة، ولم تبلغ النضج عائق أمام التنوع وعـائق أمام الاندماج والاستيلاء، ولها دور رئيسياً في نجاح ذلك أو فشل بسبب تناقص أو توافق الثقافات داخل التنظيمات المختلفة.

تعتبر ثقافة المنظمة من الدعامات الهامة لنجاح المنظمة، وتتميز كل منظمـة عن غيرها بثقافة مميزة لها، وهي حـصيلة مـن المعتقـدات المـشتركة المعلنـة والضمنية، والقيم والعادات والتقاليد والرموز الخاصة، يشعر أعضاء المنظمة أنهـم ينتمون لمجتمع واحد مختلف ومميز عن غيرة (مرسي، 2006: 79).

حيث يرى الباحث أهمية الثقافة التنظيمية تكمن في قيام الثقافة بدورها المرشد للأفراد والأنشطة في المنظمة؛ لتوجيه الفكر والجهود نحو تحقيق أهداف المنظمـة ورسالتها، كذلك تقوم الثقافة بتحديد أسلوب وسرعة استجابة أفراد المنظمة لتحركات المنافسين واحتياجـات المـستفيدين بمـا يحقـق للمنظمـة تواجـدها ونموهـا.

مكونات الثقافة التنظيمية:

وقد صنف ديفد لو(Davied L) مكونات ومحتويات الثقافة التنظيمية إلى محتويات رسمية، وأخرى غير رسمية (الصيرفي, 2006: 259)، وكما يلي:

1- المكونات الرسمية شملت المهمة والسياسات، والإجراءات، والقوانين والقواعد.

2- المكونات غير الرسمية فكانت القصص، والأساطير، والطقوس، والذكريات، والرموز، فالتنظيمات الضخمة تمتلك ثقافة مسيطرة تُعبر عن القيم التي يؤمن

بها غالبية الأعضاء مع عدم إغفال وجود الثقافات الفرعية المختلفة، وهي التي تحدد حسب التقسيمات الجغرافية، والإدارات، أو العرفية أو الدينية أو القومية.

معايير عامة للثقافة التنظيمية المناسبة:

يُنظر للثقافة التنظيمية على أنها المعتقدات ذات الجـذور العريقـة بالمنظمـة المتعلقة بطرق تحقيق التأقلم الخارجي، والتكامل الداخلي، ويتضمن ذلك المعتقدات، والقيم التنظيمية التي تُؤثر على نجاح المنظمة، وبقائها في البيئة الخارجيـة وتنـشأ الثقافة التنظيمية من خلال قيام أفراد المنظمة بتحليل بيانات السلوك الفعلي وتكـوين معتقدات، ثم تبني عادات تعبر عن قواعد السلوك الفعلي للأفراد، وقد توصف الثقافة التنظيمية أيضاً بأنها الرباط الذي يربط أجزاء المنظمة (شوشه, 1999:99)

أن الثقافة التنظيمية الجيدة هي تلك الثقافة التي تزيد من ثبات السلوك والقـدرة على التنبؤ والالتزام، وتلُهم العاملين روح الإنجاز و الولاء والانتماء، وتكون قيمتها معتمدة على عدد كبير من الأفراد، وبقوة وجدانية كبيرة ويكون لها تأثير كبير على السلوك, بحيث تكون ردود أفعال التنظيم متشابهة إلى حد كبير. وتـساعد الثقافـة التنظيمية في بناء الالتزام العاطفي باتجاه التنظيم وتكون ملائمة، وتساعد في الدافع عن حدود التنظيم، وتميزه وتبني في نفس الوقت جسور التواصل، والتفاعـل مـع الثقافات الأخرى وتساهم في تبني سياسة التغيير المطلـوب إحداثـه (الـصيرفي، 263:2006).

فهي تعكس إستراتيجية رئيسة للمنظمة من خلال نوعية حيـاة العمـل التـي توفرها المنظمة، ومجموعة الأعراف، والتقليد التي تسودها، وتنعكس على أنـشطة غير رسمية تحدث فيها؛ فالمسؤولية لإدارة الموارد البشرية مسؤولية غير مباشـرة بالنسبة للثقافة المنظمية، إذ عليها تنبيـه الإدارات العليـا، وتـساعد فـي اختيـار الإستراتيجية المناسبة (برنوطي, 482:2007).

ويرى الباحث أن ثقافة المنظمة تعتبر نظام مشترك للقيم والمعتقدات يؤدي إلى قواعد وأخلاق تحكم السلوك؛ وبالتالي إيجاد طريقة مميزة لعمل المنظمـة، وتكمـن أهمية الثقافة التنظيمية في المنظمات الصحية أنها دليل للإدارة والعاملين من الكوادر الصحية، والطبية حيث تشكل لهم نماذج السلوك والعلاقات التـي يجـب إتباعهـا،

والاسترشاد بها، أيضا تحقق التكامل الداخلي بين أفراد المنظمة من خلال تعـريفهم بكيفية الاتصال فيما بينهم والعمل معا بفاعلية، وتقوم بتحقيق التكيف بين المنظمـة والبيئة.

عوامل البيئة الخارجية:

تعد الدراسات البيئية الخارجية من الموضوعات الحديثة نسبيا في دراسات الإدارة رغم أثارها العميقة على ممارسات الإدارة منذ زمن بعيد إذ كان التركيز في الماضي على المشاكل الداخلية للمنظمات كالعمالة، وظروف العمل، ورأس المال، ومشاكل الآلات، وزيادة الإنتاج، وغيرها، وتشمل:

2. 1. 4 المستفيدين:

هم المواطنين من المرضى والمراجعين الذين يحصلون على أفضل الخدمات الصحية من المستشفيات الحكومية أو القطاع الخاص سوى كانت هذه المستشفيات ذات طابع ربحي أو غير ربحي(جادة، 36:2007).

يعتُبر المريض المحرك الأساسي للطلب على الخدمات الصحية، فكلما زاد المستفيدون، أو المرضى زاد الطلب على الخدمات الصحية، وبالتالي زاد الطلب على مدخلات النظام الصحي من عمل، ورأس المال، وتجهيزات وإمدادات طبية وهناك عوامل خاصة تؤثر في الطلبِ على الخدمات الصحية من عمر المريض، وجنس المريض على نوعية، ومقدار الخدمات الصحية المطلوبة لكل نوع، كذلك الحالة الاجتماعية، والتعليم، والمعتقدات الخاصة للمريض (غنيم، 288:2006).

كذلك هم المرضى، والأفراد من جمِيع فئات الشعب يحصلون على الخدمات الصحية من المستشفيات، وان تحدد هذه المنظمات أسواقها وإستراتيجيتها (جاد الرب، 467:2008).

ويعرف المستفيدين هم متلقي الخدمة الصحية، ويطلق علـى متلقـي الخدمـة مصطلحات متشابهة مثل العميل، أو المنتفع، أو المستهلك، أو المـريض، وطالـب الخدمة أو المتردد على الخدمة، والجميع لهم حاجات متعددة أن يتلقـوا المـساعدة

عند الحاجة إليها، أن تعاملهم بكرامة، واحترام وان تحقق لهم فوائـد محـددة مـن التعامل مع المنظمة وان يشعروا انك تقف إلى جانبهم (أبو النصر، 132:2008).

أهمية العنصر البشري (المستفيدين):

تبين المعلومات المتاحة أن العلاقة بين المرضى، والكوادر الطبية، والإداريـة العامة في المستشفيات تقُوم على علاقة اعتمادية تُبنى على مجموعِة من الأسـس، كالثقة التي يمنحها المرضى للكوادر العاملة، ودرجة الرضا المتحقـق مـن قبـول الخدمة العلاجية، ونتائجها، وان استمرار العلاقة المستقبلية بين المرضى والعاملين في المستشفيات أن تكون محصورة في الجانب العام وليس الجانب الشخصي، بـل يسعى العاملين لجعل تلك العلاقة في أقصى درجة الانتماء، والولاء إلى المستشفى. وتعتبر الموارد البشرية الطبية من أهم مدخلات إنتاج الخدمة العلاجيـة، ومـورد فاعل لتمكين المستشفيات من النجاح (Enabling Success) ، كذلك من أهم العناصر التي تحقق أهداف المنظمة، عمليات الإنتاج، والتسويق، والبحوث، والتمويل جميعها إلى مختلف المهارات والخبرات البشرية (النسور، 143:2008).

تُعتبر المستشفيات بالأساس هي تنظيم أنسانِي، وان أهم مدخلات المستشفى هم المرضى (المستفيدين)، والعاملين فيها، وان رعاية المرضى تُعد مخرجـات كـل مستشفى (نصيرات، 44:2008).

يرى الباحث أن المستفيدون (المرضى) هـم الأشـخاص الـذين يراجعـون المستشفيات لغرض وضعهم تحتَ مشاهدة الأطباء، أو لإجراء فحوص للتوصل إلى التشخيص، أو لأجل المعالجة، ويقسم مرضى المستشفيات إلـى قـسمين داخلـين وخارجين، ويقصد بالمريض الداخلي كل شخص شغل سريراً لغـرض المـشاهدة، والعناية الطبية، والتوصل إلى تشخيص مرض، أو للمعالجة، ويقـصد بـالمريض الخارجي هو ذلك الشخص الذي يستفيد من الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفي كالتشخيص، أو العلاج بدون أن يشغل سريراً في ذلك المستشفي، ويوجـد ثلاثـة أنواع من المرضى الخارجين، مرضى عيادات المستـشفى، مرضـى العيـادات الخاصة هم الذين يرسلون من قبل أطبائهم الخاصين لعمل التشخيص، أو المعالجـة تجاه أجر معين.

2. 5.1 الموردين (Suppliers):

مفهوم الموردين:

فالمورد هو الشخص، أو المنظمة المسؤول عـن توريـد الكميـة، والجـودة المطلوبة في الوقت الصحيح، والمكان الصحيح، وبالسعر المتُفق عليه، كمـا يـبن مفهوم المورد هو أن يكون لِديه معرفة بكل ما يتعلق بجوانب التـصمِيم الخاصـة بالمنتج. (مجيد، 129:2004).

كذلك يعرف الموردون هم المنظمات التي تقُوم بتزويد المنظمـة بـالموارد، ويستطيع المورد أن يوثر على هياكل التكُلفة، ومستويات الجودة، ومواعيد التَسليم، والقدرة التنافسية، وإمكانية تحقيق الأهداف (إدريس، 2005: 150).

وأشارت كل من(الـسالم، 98:2005) و(مرسـي، 77:2006) و(المغربـي، 538:2006) و(شاويش وعبيدات، 62:2008)، بأن المـوردون هـم الإفـراد، أو المشروعات، أو المنُظمات التي تُزود المنظمة من السلَع، والخدمات، والمواد الخام، والمعدات، وخدمات النقل، والصيانَة، والأدوات اللازمة لعمليات وأنشطة المنظمة.

فالمورد هو المنظمة التي تقوم بتوريد منتجاتها، وخدماتها إلـى العمـلاء، و يكون المورد موزعا، أو مصدرا، أو منظمة خدمات (جودة، 151:2006).

يقوم الموردون في المنظمِات بمد المنظمة بالمواد اللازِمة للقيام بنشاطها فهذه الموارد قد تكون مادية (أجهزة كهربائية، أجهزة الحاسبات، أجهزة التـصوير)، أو موارد بشرية كالإفراد الطالبين العمل في المنظمة من سـوق العمـل، أو مـوارد معلوماتية، متنوعة، أو مالية (طه، 202:2007).

ويمارس المورد ضغوطاً معينة من أجل الحـصول علـى أعلـى الأسـعار لمستويات الجودة التي يحددها، أو الخدمات التي يقدمها، أو التحكم بها بما يخـص مرونة الكميات؛ فالمنظمة هي تمتلك قوة شرائية هامة من وجهـة نظـر المـورد، وحجم مشترياتها يمثل حصة هامة من مبيعاته عادة ما يكون حجم نفوذها كبير على ذلك المورد، أو عندما تتوفر بدائل لمنتجات، أو خدمات ذلك المورد فإن المنظمـة تتمتع بنفوذ كبير جونسون (Johnson, et, al, 2006:207).

فالتوريد هي الجهة التي تمتلك القدرة والإمكانية على تجهيز المنظمة بالكميـة المطلوبة من الموارد، والمستلزمات بالكمية، والجودة، والسعر، والوقـت الملائـم، وهي كثيرة ومتنوعة، ومختلفة (النداوي، 29:2010).

ويرى الباحث أن الموردون هم الأفراد أو المنظمات التـي تـوفر الـسلع أو الخدمات ذات الجودة المناسبة، وفي الوقت المناسب، وللتوريد دور كبير من حيـث توفير الموارد من الأجهزة، والمعدات الطبية، والأدوية اللازمة من مصادر معتمدة من اجل تقديم أحسن الخدمات إلى المستفيدين.

اختيار المصدر المناسب للتوريد:

يقصد بالمصدر المناسب للتوريد هي مجموعة الكيانات الطبيعية أو المعنويـة المحتملة والراغبة في أقامة علاقات تجارية مستمرة أو مؤقتة تحقق نفعا مشترك أو تتمتع بالإمكانيات المناسبة والسمعة التجارية الجيدة، فالخطوة الأخيرة هو اختيـار المصدر (مصادر التوريد المناسب) لاحتياجات المنظمة والمصدر المناسب للتوريد هو الذي يتوفر فيه مجموعة من المواصفات التي تـضمن التوريـد فـي النهايـة (الصيرفي، 206:2003) وهي:

1- القدرة على توريد احتياجات المنظمة وفقاً لمستوى الجودة العاليـة، ولديـة القدرة، والرغبة في أقامة علاقات تجارية مستمرة.
2- الحرص المستمر على الإبداع، والتطوير في المنتجات، والالتزام بالمواعيد للتسليم وعرض التسهيلات.
3- التمتع بمستوى عالي من التكنولوجيا في مجال الإنتاج، والتسويق والتمتع بسمعة طيبة.

اختيار الموردين:

يتم اختيار أفضل الموردين من حيث التوريد لاحتياجـات المنظمـة بـالجودة وبالسعر المناسب، وفي الوقت المناسب، وهذه العملية تتطلب بحـصر المـوردين، وأعداد قائمة بهم، وتقيم أداء الموردين المناسـبين لتحديـد المـوردين المحتملـين القادرين على أنتاج، وتوريد الاحتياجات المطلوبة (ادريس، 166:2003).

أن عملية اختيار الموردين بالنسبة للموردين كبيري الحجم للمبيعات لديهم القدرة على الوفاء بالالتزام بالمواعيد المحددة، والقُدرة على الإنتاج بالحجم الكبير (إدريس والمرسي، 169:2003)

لغرض اتخاذ قرار الاختيار من بين الموردين، فإن المنظمة تحدد الأسبقيات التنافسية لتطوير قائمة معايير الأداء لاختيار المورد الملائم، فضلاً عـن المعـايير اللازمة للبدء بالعلاقات مع الموردين، كالسعر، والنوعية، والوقت المحـدد، وتمـر عملية اختيار الموردين بثلاث مراحل (جواد والشموط، 33:2008):

1- تقييم الموردين: تعتبر من أهم جوانب وأبعاد بناء العلاقات معهم وتهدف هذه العملية إلى اكتشاف الموردين والمحترمين أو ذوي الإمكانيات والقدرات المتميزة.
2- تطوير الموردين: يعد بمدى قدرة المورد على التكامل مع الأنشطة المختلفة للمنظمة، فالمورد الذي يمتلك القدرات، والمتطلبات للاستمرار معه من خلال علاقات مستقبلية للتوريد مثل الجودة.
3- المفاوضات: تعتبر المرحلة الأخيرة في اختيار الموردين وتأخذ أشكال هي: الأسعار المعتمد على السوق والأسعار المتعمدة على التكلفة، وأخيراً التنافس بالعطاءات.

معايير تقييم الموردين:

إن عملية تقييم الموردين تستند على مجموعة مـن المعـايير الموضـوعية، والعلمية، واختيار مصادر التوريـد الأفـضل ومـن هـذه المعـايير (ادريـس، 181:2003):

1- الجودة: هو إمكانية المورد على نوعية السلع والخدمات، والتي تم تحديدها.
2- السعر المناسب: هو ما يمكن تحقيقه من الوفورات عند الشراء.
3- الكمية المطلوبة: هي قدرة المورد على توريد الكمية المطلوبة من الصنف الذي تحتاجه.
4- السمعة والشهرة: إن التزامه بالوفاء بالطلبات في مواعيدها ومستوى جودة منتجاته وحسب التعامل مع العملاء والخدمات التي يقدمها ومركزه المالي .

5- التقدم التكنولوجي والتسهيلات الفنية والإدارية عند التعامل معه.
6- الضمان: استعداد الموارد لتقديم ضمان صريح لمنتجاته وقدرته لإصلاح أو تغيير ما يتم توريده في حالة وجود عيب.
7- كذلك يمكن تقييمه من خلال العلاقة مع العميل ونظام الدفع والأعمال السابقة والخصومات التي يقدمها المورد لعملائه.

أن عملية التقييم لأي نشاط لابد وان تكون وفق إطار علمي يسند على أسس ومقاييس يمكن الحكم على مدى كفاية النشاط المطلوب وطرق التقييم ذات المقاييس غير الكمية وتشمل على التكنولوجيا والموقع والقدرة المالية والعلاقات الإنسانية والخدمات (الصيرفي، 211:2008).

ويرى الباحث أن عملية تقيم المورد تستند على ثلاثة معايير مهمة، وهي النوعية، والتجهيز في الوقت المناسب، والسعر المناسب، ووجود تقنيات حديثة عند الاتصال اذا التزم المورد بهذه العوامل أمكن تقليص بعض العقبات الخارجية.

التزود من المصادر Sourcing:

تُعد من القضايا الأساسية التي تسهم في بناء العلاقات بين المنظماتَ، والموردين، وتأتي مصادر التوريد على ثلاث أشكال (جواد والشموط، 31:2008).
1- المصدر الوحيد، فالوحيد يبين أن علاقة المنظمة نتيجة طبيعية للتعامل مع مثل هذه المواقف كونه المصدر الوحيد لمكونات المنتج.
2- المصدر المنفرد، هو حصول المنظمة في الغالب على عقود طويلة الأمد، وضخمة نسبياً من بين مجموعة من الموردين، وتنشأ علاقة شراكة للمنظمة تراقُق حجم التوريد المستقبلي.
3- المصادر المتعددة، هو تناسب حصص الموردين طردياً، مع أدائهم بمعنى أنه كلما تحسن أداء المورد فيما يخص الأسعار، والجودة، والتوصيل زادت حصته من التوريد.

وهناك المصدر ألحصري للتوريد يعني أن المنظمة مرغمة على استخدام مصدر واحد أو مصادر متعدد، ويتم اختيار ثلاث موردين، وتعتمد حصصهم على السعر والجودة والتسليم والغرض من ذلك هو التنافس يودي إلى جودة أفضل

والمصدر الوحيد وهو مخطط له من قبل المنظمة لمادة واحدة وينجم عنه عقود كبيرة (فليد وآخرون، 118:2008).

التعامل مع مصادر التوريد المحلية والأجنبية

عند الاختيار بين هذين البديلين يكون متوقف على هدف أساسي تسعى إلى تحقيقه إدارة احتياجات المنظمة، هو الحصول على المستلزمات اللازمة بأفضل المواصفات وبأسعار مناسبة والوقت المناسب. والشراء المحلي له مبررات من حيث المسافة وتوفر الوقت وتوفير تكاليف النقل والشحن والتامين وتقليل المخاطر الناتجة عن النقل الدولي وعند استخدام المورد الأجنبي في حالة عدم توافر المواصفات المطلوبة وفي بعض الأحيان الوفرة في تكاليف الشراء بسبب الأسعار المنخفضة (ادريس، 178:2003).

أسباب التزود من المصادر العالمية (Reasons for Global Supply):

إن التزود من المصادر العالمية تبعاً لحاجات المنظمات والقدرات التكنولوجية التي يتمتع بها الموردين العالمي لعدة أسباب (جواد والشموط، 136:2008):

1- النقص في المصادر المحلية(Shortage of Domestic Reasources)

2- الأسعار، وتتلخص الأسباب الكامنة وراء انخفاض أسعار المورد العالمي مع أسعار المورد المحلي بكلفة الأيدي العاملة، وأسعار صرف العملات وكفاءة الحجم، وكفاءة التكنولوجيا، والمعدات.

3- الضغط الحكومي Government Pressure.

4- الجودة Quality: إن جودة التوريد الأجنبي تمتاز بالتنسيق في بعض المواد، والمكونات وحداثة المعدات الرأسمالية فضلاً عن حداثة أنظمة ضبط الجودة.

اعتبارات خاصة تؤثر في اختيار مصادر التوريد :

هناك مجموعة من الاعتبارات يتم الأخذ بها وهي (ادريس، 174:2003).

1- حجم المورد(Supplier Size).

2- نوع الموردين (Type of Suppliers).

3- الموقع الجغرافي للمورد من حيث القرب البعد عن المنظمة.

4- التعامل مع مورد واحد أو أكثر من مورد.

وتلعب العلاقات الشخصية، والنفوذ بين المسوؤلين عن أدارة الاحتياجات في المنظمة أو أعضاء الإدارة العليا، وبين بعض الموردين في قرارات اختيار الموردين من حيث النفوذ من خلال طلب احد أعضاء الإدارة العليا التعامل مع مورد معين ويقوم بتصرفات تمنع التعامل مع أي مورد غير ذلك بسبب مصالح خاصة لذا يجب معاملة هذا الأمر حتى لا تطغى المصالح الشخصية على المصالح العامة للمنظمة (ادريس، 178:2003).

6 .1.2 جودة الخدمات الصحية (Health service Quality) :

تعريف الجودة:

هي قدرة المنتج خدمة أو سلعة على تحقيق الإشباع الكامل لحاجات ورغبات المستفيد بأقل تكاليف داخلية بانك(Bank, 2000 :24).

كما تعرف الجودة هو توافق مع توقعات الزبون أو تلبيتها وتتضمن المطابقة والموثوقية مك ولتيرز(Mc Walters, 2001: 428).

وأشار كل من هالمر(Hilmer, 2002) و(مجيد والزيادات، 16:2007) و(جاد الرب،336:2008) بان الجودة هي تقديم منتوج سلعة، أو خدمة على درجة من التميز وتكون قادرة على تلبية، وإشباع حاجات، ورغبات العملاء، والمستفيدين بالصورة التي تتفق مع توقعاتهم أو تتجاوز هذه التوقعات.

وعرفها جورن (Jauran) هي ملائمة المنتج للمستخدم (علوان، 20:2005).

كما أن الجودة لغة أصلها من الجود والجيد نقيض الردي، فقد عرفها معهد الجودة الفدرالي الأمريكي بأنها أداء العمل الصحيح وبشكل صحيح ومن المرة الأولى مع الاعتماد على تقييم المستفيد (Customer) في معرفة مدى تحسين الأداء(السامرائي، 7:2007).

وتعرف الجودة بالخصائص المادية وغير المادية التي تشكل الطبيعة الأساسية للشي، أو هي غضب الزبون، أو المستفيد لرداءة المنتج (الأكاديمية الفنية الألمانية)، (الحداد، 13:2009).

فالجودة هو شكل جماعي لأداء الأعمال، ينطلق من اتحاد، واستثمار المقـدرة المشتركة للإدارة، والعاملين بصفة عامه ومجاميع العمل بصفة خاصـة لتحـسين الجودة وزيادة الإنتاج (الطاهر، 112:2010).

مفهوم الخدمة:

هي منفعة يحصل عليها اغلب المواطنين في المجتمع أما مجانا أو مقابل مبلغ من المال (أبو النصر، 132:2008). تعريـف الخدمـة (Service): عـرف كوتلر (Kotler) "الخدمة بأنها أي عمل ملموس يقدمه طرف إلى طرف أخر مـن دون أن ينتج عن ذلك ملكية شي ما فتقديم الخدمة قد يكـون أو لا يكـون مـرتبط بمنـتج مادي"(عزام و آخرون،249:2008).

كما عرفها سكنير(Skinner) هو منتج غير ملموس يقدم فوائد ومنافع مباشـرة للمستهلك أو المستفيد نتيجة استخدام جهد أو طاقة بشرية أو إلية على أشـخاص أو أشـياء معينـة ومحـدودة والخدمـة لايمكـن حيازتهـا واسـتهلاكها ماديـا (الزعبي، 400:2009).

كذلك تعرف الخدمات أنها عبارة عن منفعة مدركة بالحواس قائمة بحد ذاتهـا أو متأصلة بشي مادي وقابلة للتداول ولا يترتب عليها أي ملكية وهي في الغالـب غير محسوسة (الزعبي، 271:2010).

وتختلف الخدمات عن السلع بتميزها بأربعة خصائص فـي كونهـا (عـزام وآخرون، 257:2008):

1- غير ملموسة (Intangibility) فالخدمة لايمكن لمسها، أو تذوقها، أو رويتهـا، أو تخزينها، فان تقييم جودة الخدمات قبل شرائها، أو حتى بعد شـرائها أصـعب بكثير من تقييم السلع المادية.
2- عدم الانفصالية (Inseparability) السلع تقدم وتباع ويتم استهلاكها على عكـس الخدمة.
3- الفناء (هلامية الخدمة) (Perishability) تتعرض الخدمة إلى الزوال أي عدم أمكانية تخزينها.

4- عدم التجانس (Heterogeneity) ويقصد بها أن الخدمة تكون اقل نمطية من السلع المادية (عبد العظيم، 2008: 110-105).

الخدمات الصحية:

هي العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصا أو إرشادا أو تداخلا طبيا ينتج عنه رضا المرضى أو قبولهم وانتفاعهم منه لما يتأملونه من حالة صحية أفضل (سعيد، 2004: 27).

كذلك تعرف الخدمات الصحية :هي كل ما موجود من رعاية للمريض من تقديم الدواء، والغذاء والمعاملة الجيدة، والأخصائي الاجتماعي، وتتضمن أيضا فحص المريض، وتشخيص مرضه وحسن معاملة القوى الطبية له حتى تساعده على استعادة صحته وتوجيه الخدمة الاجتماعية لتذليل أي مشكلة تعترض راحته الجسمية أو النفسية داخل المستشفى أو خارجها (سلامة، 2007: 42).

كما يعبر مفهوم قطاع الخدمات الصحية هو ذلك القطاع الذي يتكون من قطاع المستشفيات والمؤسسات العلاجية والتامين الصحي وقطاع الأدوية والمستحضرات الطبية واللقاحات وكل هذه القطاعات لها أهدافها محدده وواضحة تتحدد جزيئاتها في أطار النظام الصحي ككل (جاد الرب، 39:2008).

كذلك يبين مفهوم خدمات الرعاية الصحية يتناول هذا المفهوم داخل الرعاية الصحية الإقليمية أو الوطنية في ثلاث قطاعات فرعية هي نظام الرعاية الأولية والثانوية والرعاية الثالثة وفي اغلب الدول نجد الحدود بين تلك القطاعات غالبا ما تكون غير واضحة (ولش و سميث، 122:2009).

ويرى الباحث أن الجودة من المنظور المهني الطبي هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية، والمهنية، ويحكم ذلك ثلاث نقاط رئيسية: أخلاقيات الممارسة الصحية، والخبرات ونوعيتها، والخدمة الصحية المقدمة، أما الجودة من منظور المستفيد أو المريض، قد تختلف عن المفهوم المهني بالتركيز على طريقة الحصول على الخدمة، ونتيجتها النهائية، أما الجودة الصحية من الناحية الإدارية تعنى بالدرجة الأساسية بكيفية استخدام الموارد المتوفرة، والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة.

قياس جودة الخدمات الصحية :

قدم عدد من الباحثين زيثمل، وبيذر، وكرانروس، وكرانو، وتايلور (Zeithaml & Bither, Gronroos) و(Cronin &Tylor) مجموعة من المعايير التي تستخدم من قبل المستفيدين من الخدمة بصورة عامة والصحية بصورة خاصة للحكم على جودتها وهي (الضمور :365:2002):

1- الاعتمادية: وهي قدرة مقدم الخدمة على أدائها بشكل يمكن الاعتماد عليه، وبدرجة عالية من الدقة.

2- مدى أمكانية، وتوفر الحصول على الخدمة.

3- الآمان: وهو مؤشر يعبر عن درجة الشعور بالأمان والثقة للخدمة المقدمة.

4- المصداقية: وهي درجة الثقة بمقدم الخدمة وبما يقوله.

5- درجة تفهم مقدم الخدمة لحاجة المستفيد ومدى تفهمه لمشاعره مع مشكلته.

6- الاستجابة: وتعني قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة في أن يكون دائما في خدمة الزبائن.

ولغرض تحقيق رعاية طبية ذات نوعية جيدة يتطلب عدة أمور أهمها (بواعنة، 50:2004).:

ا - الكفاءة المهنية والفنية لمقدمي الخدمات الصحية أو الطبية.

ب - الرضا والقبول من جانب المستفيدين من المرضى وذويهم لنوعية الخدمات المقدمة لهم.

ج- الجودة المناسبة من الخدمات التي يرعاها ويراقبها ويصونها أجهزة المنظمات الاجتماعية.

لقد تم أنشاء هيئة للاعتراف بالمنظمات التي تقدم الخدمات الصحية في أمريكا فقد قامت بوضع مقياس لقياس جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى وتعتمد على ثمانية أبعاد أساسية: الفعالية (efficacy)، والملائمة (Appropriateness) والكفاءة (Efficiency)، والاحترام والرعاية (Respect And Care)، والسلامة (Safety)، والاستمرارية (Continuity) والفاعلية (Effectiveness)، والتوقيت الملائم (Timeliness) وأخيرا التوافر (Availability)، (ماضي، 83:2005).

أن زمن بقاء المريض داخل المستشفى، وعدد مـرات التـشخيص الخـاطئ للمريض، وسرعة تشخيص الحالة المرضية، ودرجة الوعي الصحي للمـواطنين، تعد من أهم مقاييس جودة الخدمات الصحية (علوان، 39:2005).

على الرغم من كل ذلك فان المرضى يعتمدون في تقيمهم للخدمات الـصحية المقدمة لهم على أساس مستوى أو درجة نوعيتها وقد وضع كوتلر(kotler) خمسة إبعاد: (البكري :212:2005).

1- المعولية: وهي المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية ودقة السجلات في إدارة المستشفى وصحة القوائم المالية ويمثل هذا البعد 32% من الأهمية في النوعية.

2- الاستجابة: من خلال تقديم خدمات علاجية فورية والاستجابة على مدار ساعات اليوم وكانت 22% كأهمية نسبية في النوعية.

3- التأكيد: هي السمات التي يتسم بها العاملون بالمعرفة والقدرة والثقة في تقـديم الخدمة و19% كأهمية نسبية.

4- الكياسة أو اللطف : وهي درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمريض و16% كأهمية نسبية.

5- الملموسية: وتشمل القدرات والتسهيلات المالية والتجهيزات والأفراد ويمثل هذا البعد 16% كأهمية نسبية وتعرف بأنها تلك الدرجة التي يراهـا المـريض أو المستفيد من الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياسا بما هو متوقع.

أن المعايير المعتمدة لقياس الجودة في منظمات الخدمة وبالأخص في القطـاع الصحي (المستشفى) يعتمد على عدد العمليات الناجحة إلى المجموع الكلي، ودقـة التشخيص، ودقة التحليل ألمختبري (المحياوي، 61:2006).

أن تقيم جودة الخدمات من خلال خمس مكونات (عبد العظيم، 111:2008).

1- الوثوق بها والثبات (Reliability) أي القدرة على أداء الخدمة بشكل موثوق فيه ودرجه عالية من الدقة.

2- الاستجابة والتلبية (Responsiveness) المقصود القدرة على تقديم خدمات تشبع حاجات ورغبات متلقيها بشكل سريع.

3. الثقة (Assurance) تشير هذه الفقرة إلى امتلاك العاملين للمعرفة وحسن المعاملة وبعث الثقة في نفوس المستفيدين .
4. التعاطف (Empathy) وتعني العناية بالعملاء وإعطائهم الاهتمام الكافي بصوره شخصية.
5. الجوانب الملموسة (Tangibles) وتشير إلى الدليل المادي للخدمة.

حيث يرى الباحث عن وجود فجوة سلبية بين توقعات المرضى لبعض مظاهر جودة الخدمة الصحية مثل الشعور بالأمان، والتعاطف، والأجهزة والمعدات الطبية، وبين إدراكات الإدارة في هذه المستشفيات لمثل هذه التوقعات، وذلك بما يعكس عجز الإدارة عن إدراك احتياجات ورغبات المرضى.

محددات الطلب على استخدام الخدمات الصحية:

هناك محددات ذات صلة بالخصائص الديمغرافية (السكانية) ومن أهمها (الأحمدي، 230:2004).

ا- العمر: وله ارتباط معنويا وأساسيا بمختلف أنواع الخدمات الصحية .

ب-النوع الاجتماعي: فيكون استخدام النساء للخدمات الصحية أعلى من الرجال بسبب أمور الرعاية المرتبطة بالحمل و التوليد والرضاعة والأمور النسائية.

ج - حجم الأسرة: كلما كبر حجم الأسرة كان دخلها قليلا يكون أفرادها أكثر تعرضا للإمراض.

وهناك محددات بالعوامل الاجتماعية كمستوى التعليم، والوضع العائلي، وهناك عوامل اقتصادية كالدخل، والسعر.

تعد جودة الخدمات الصحية من العناصر الأساسية في التنافس بين المستشفيات في ضوء ذلك فان الأمر يتطلب ضرورة أجراء تقييم شامل لجودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى كل فترة للتأكد من ارتفاع مستوى جودتها ويتم هذا التقييم عن طريق قيام الأطباء بمراجعة الأداء الطبي بالمستشفى من خلال التأكد من مخرجات الخدمات الصحية المقدمة كذلك التأكد من صلاحيات هيكل الموارد البشرية بالمستشفى والتأكد من المرضى قد حصلوا على الخدمات الصحية المتفق عليها (غنيم، 298:2006).

نموذج تطبيق أدارة الجودة الشاملة في المستشفيات :

عند تطبيق الجودة يجب إن يكون هناك اهتمام من قبل الجهات العليا بأهمية الجودة في العمل الصحي، وان يكون التطبيق على مختلف المستويات الإدارية مع توفير أجواء عملية التطبيق، وتوفير الدعم المالي والمادي، كذلك تكوين هيكل تنظيمي للجودة والعمل بروح الفريق الواحد (مجيد والزيادات، 91:2007).

معايير تقديم الخدمات الصحية :

هناك أربعة معايير في تقيم الخدمات الصحية: (إبراهيم، 4:2000).

1- معيار التكلفة : يرغب المستهلكين أن تكون الأسعار منخفضة أما المديرين يريدون التخلص من الخدمات التي لا تقدم منفعة ممن يحصلون عليها مع مراعاة أن هناك حدود عليا يجب ألا ترتفع عنها الأسعار.

2- معيار الفعالية: تتوقع الخدمات فعالة وتحقق مكاسب صحية ملموسة.

3- معيار الكفاءة: إذا استطعنا تقديم خدمة على نفس المستوى من الكفاءة بطرق مختلفة فإننا سنختار الطريقة الأرخص ... إذ أن ذلك يمكننا من تقديم خدمات أكثر بنفس التكلفة وبالتالي فإن مفهوم الكفاءة أعلى من التكلفة.

4- معيار الأمان الصحي: ينتاب المواطن شعور بأن الخدمات متوافرة بكفاءة وفعالية والقدرة على الدفع .

وهناك العديد من العوامل المؤثرة في الطلب على الخدمات الصحية أهمها: (غنيم، 289:2006).

أ- العوامل الخاصة بالمريض وتشمل من عمر والنوع الاجتماعي والتعليم.

ب- عوامل خاصة بالمجتمع وتأثر بالطلب على الخدمات الصحية أهمها (الزيادة السكانية، والتراكم المرضي في المجتمع، فضلا عن عدم وعي أفراده قواعد الصحة العامة).

ج- العوامل الاقتصادية والتي تؤثر على حجم ونوعية الطلب على الخدمات من حيث (سعر الخدمة الصحية، ومستوى الدخل).

إن الخدمات عموماً تمتلك جوانب غير ملموسة متعددة مثل راحة المستفيد في المستشفى لذلك فإن بعض الخدمات يمكن ملاحظتها على أساس أنها أكثر ملائمة

من غيرها من وجهة نظر متلقيها. إن المعايير الخاصة بتقديم الخدمات وتطويرهـا من خلال التعاقد يعتبر موضوعاً معقداً لأن هذه المعايير قد لا تلبي قضايا الرضـا وعدم الرضا لدى العميل أو المستفيد بدرجة كافية مثل الشكاوي التي تتلقاها المنظمة حول نظامه المبني بالنسبة للحصول على الخدمات غير الملموسـة هـي الانتبـاه لمؤهلات الأشخاص الذين يؤدون الخدمة والمعدات المستخدمة (جـواد والـشموط, 2008: 106).

2. 2 الدراسات السابقة:

لغرض فهم مشكلة موضوع البحث نستعرض بعض الدراسات السابقة التي حاولت دراسة متغيري الدراسة (البيئة الداخلية والبيئة الخارجية / المتغير المستقل) و (جودة الخدمات الصحية / المتغير التابع) للاستفادة من النتائج التي توصلت إليها ولتحديد ما يمكننا إضافته لغرض تحسين جودة الخدمات الصحية و نستعرض بعضاً منها و هي كالآتي:

أ. الدراسات العربية:

أجرى اوسبرون (Osborne 2010) دراسة بعنوان "أدارة الرعاية الصحية في المستشفى الليبي العام" دراسة حالة في جامعة ولدن هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العوامل التي أدت إلى سلبية في التصورات وعدم الثقة التي تودي إلى النقص الواضح في الثقة، شملت عينة الدراسة (24) قسم طبي من بين مجموعة من الأقسام واعتمدت الدراسة أسلوب المقابلة التي كانت مد المقابلة (60) دقيقة وعلى ثلاث مراحل مع الأطباء والإداريين وسعت الدراسة إلى تحديد نقاط الضعف والقوة في نظام تقديم الرعاية الصحية في ليبيا من خلال العوامل الثقافية، والسياسية، والتنظيمية، والمالية، وتوصلت الدراسة إلى أن هناك القدرة على الثقة لكن لم يكن لديهم دائما ايجابية، ويتفائل المجيبين أنهم سوف يكون لديهم أعلى مستوى من الخدمة أذا كانت لديهم توصيات شخصية.

وقام (ألسعيدي، 2007) بدراسة بعنوان (تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء في دولة الكويت). هدفت الدراسة التحقق من فاعلية

نظام جودة الخدمات الصحية واثر هذا النظام في تحسين الخدمات الصحية في المستشفى وتوفير قاعدة بيانات ومعلومات تساعد الإدارة العليا على تطوير وتحسين الخدمات الصحية، اقتصرت هذه الدراسة على العاملين العرب في مستشفى الجهراء في الكويت والبالغ عددهم(1413) أما أفراد عينة الدراسة بلغ (402) مفرده، وتوصلت الدراسة إلى بناء بيئة تنافسية فيما بينها مما ينعكس على الارتقاء بجودة الخدمات الصحية في الكويت، وإنشاء مكتب خاص لتوثيق البحوث ذات الصلة بمفهوم الجودة، والاستفادة منها في تطوير عمل المستشفى.

وقام (الساعدي،2007) بدراسة بعنوان (أنموذج لتطوير القطاع الصحي): دراسة تطبيقية، وقد هدفت هذه الدراسة إلى تشخيص السلبيات والمشكلات ومعوقات العمل التي يعانيها القطاع الصحي العراقي الواجب عليهم اتخاذها وبناء أو تصميم أنموذج لتطوير القطاع الصحي في القطر يعتمد على مدخلات النظام الصحي، وتكون مجتمع البحث ألمنظمي(المنظمات الصحية العراقية) ومثلت عينة البحث المنظمات الصحية في مركز وزارة الصحة العراقية والمتمثلة ب(6) دوائر من دوائر مركز الوزارة، إما عينة البحث فقد تمثلت ب.(30) فردا وبنسبة (10%) من المجتمع ألمنظمي. وتوصلت الدراسة إلى عدم إتباع نظام مالي ناجح لمؤسسات القطاع الصحي الذي بدورة يفرز معوقات ومشكلات وعدم كفاية التخصصات المالية في ظل السياسة التشغيلية المتبعة، وعدم كفاية وكفاءة العاملين في المنظمات الصحية العراقية، وضعف البرامج الصحية التدريبية والإدارية، وسؤ توزيع الموارد البشرية بين المؤسسات الصحية، وعدم كفاءة وكفاية البنايات والمؤسسات الصحية بظواهرها المادية من أثاث مكتبية وتمريضية.

إما دراسة(الأحمدي، 2006) بعنوان "محددات جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية: دراسة نوعية". هدفت الدراسة للتعرف على محددات جودة الرعاية الصحية من منظور القائمين على هذا القطاع، وشمل مجتمع الدراسة القائمين على قطاع الرعاية الصحية الأولية من مسئولين إداريين، والعاملين فيه من أطباء، وفنيين في الرياض، واستخدمت عينة الدراسة ما يعرف بالعينة النظرية (Theoretical Sampling) لتشمل مقدمي الرعاية من الأطباء، والممرضين، والفنيين، والقائمين

على هذا القطاع من إدارات عليا، ووسطى، وتنفيذية، وتم إجراء (36) مقابله شخصية من العاملين في (7) مراكز صحية، وتوصلت الدراسة إلى محددات (6) لتطبيق الجودة في هذا القطاع وهي القيادة والثقافة التنظيمية والقياس والتحليل ونظم أدارة الجودة وتنمية القوى البشرية والتكامل والتنسيق .

أما دراسة (ديوب وعطية، 2005) بعنوان "إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مستشفى الأسد الجامعي باللاذقية، ومستشفى الباسل بطرطوس" هدفت هذه الدراسة بشكل عام إلى دراسة واقع الخدمات الطبية المقدمة في بعض المشافي الحكومية، والتعرف على أنواعها، وأساليب تسويقها وتسويق الخدمات الطبية بشكل عام وفي المشافي بشكل خاص. وتكون مجتمع الدراسة، من مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس. وتوصلت الدراسة إلى إنشاء مراكز علمية ومعاهد وكليات متخصصة بإدارة المشافي، وتخصيص إدارة المشافي بالإداريين المختصين بالإدارة، ومبادئها وأسسها وتعيين المدراء العامين والإداريين من أصحاب الاختصاص من حملة الشهادات العليا في إدارة المشافي، وإدارة الأعمال والابتعاد عن تعيينهم من الكوادر الطبية، وفصل الأطباء عن العمل الإداري، وتفرغهم للعمل الطبي والعناية بشؤون المرضى الذي يعتبر جوهر عمل المشفى وأساس وجودها.

أما دراسة(أبو حشيش، 2003) بعنوان "نموذج مقترح لقياس وتقويم جودة تكلفة اليوم العلاجي في المستشفيات غير الهادفة للربح"، هدفت الدراسة إلى اقتراح نموذج لإخضاع جودة تكلفة اليوم العلاجي لمرضى الأقسام الداخلية في المستشفيات الحكومية، وتقديم نموذج متكامل من النماذج الرياضية لقياس جودة الخدمات، وكان مجتمع الدراسة مستشفى الجامعة كمجال لتطبيق، وتوصلت الدراسة إلى ضرورة تبني مفهوم تقويم جودة اليوم العلاجي في المستشفيات الحكومية يؤديان إلى تقويم عناصر الاقتصاد والكفاءة، وتوصي الدراسة بأن تكون هناك مؤشرات لتقويم الأداء ولقياس الكفاءة والفعالية.

وقام (العمر،2002) بدراسة بعنوان "مدى تطبيق مبادئ أدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض"، هدفت

الدراسة إلى التعرف على مبادئ أدارة الجودة الشاملة المطبقة في المستشفيات السعودية بمدينة الرياض، وعلى الفروق بين القطاعات المختلفة في مدى تطبيق مبادئ أدارة الجودة الشاملة، وتكون مجتمع الدراسة والعينة من الممرضين والممرضات العاملات في عدد من المستشفيات بمدينة الرياض التي تقدم الخدمات الصحية، والتي لها إدارات وأقسام متعلقة بإدارة الجودة الشاملة، وشملت مستشفيات تخصصية حكومية، وتعليمية، وعسكرية، وتم اختيار مفردات عينة الدراسة داخل كل مستشفى باستخدام أسلوب العينة الاحتمالية العشوائية البسيطة وكانت (400) مفردة، وتوصلت الدراسة إلى أن أكثر مبادئ أدارة الجودة الشاملة تطبيقا ًفي المستشفيات المدروسة هو مبدأ التركيز على العميل، ومن الضرورة أن تعمل إدارات المستشفيات بشكل اكبر من المستوى الحالي على تطبيق مبدأ التركيز على العميل من خلال التعرف على رغبات واحتياجاته.

أما دراسة (ياسين وآخرون، 2001) بعنوان "إدارة الجهد المتعلق بالجودة في بيئة الرعاية الصحية:تطبيق". هدفت هذه الدراسة إلى تبنى مؤسسات الرعاية الصحية توجهات إستراتيجية تركز جل اهتمامها على المستفيد أو قاصد الرعاية الصحية والاستخدام الفعال لممارسات جودة الخدمة والمبادئ التي تقوم عليها. وكان مجتمع الدراسة وعينة الدراسة هو مستشفى مشارك في هذه الدراسة هو مرفق إقليمي متوسط الحجم للرعاية الصحية وترخيصها من المستوى الثالث تبلغ سعتها (407) سرير ومعدلات الدخول السنوي للمستشفى حوالي (14000) حالة، وتتألف الهيئة الطبية للمستشفى من (310) أطباء ويعد المستشفى من المؤسسات الخاصة غير الربحية الذي يقدم خدمات للمجتمع المحلي و إقليم الجنوب الشرقي في الولايات المتحدة الأمريكية وبطاقة تشغيلية كاملة ويحاول هذا المستشفى تقديم أعلى مستوى ممكن من مستويات الصحة ،وخاص فريق البحث إلى استنتاج وهو انه من الممكن تحسين كل من الإجراءات والعمليات من منظور التشغيل والمنظور الاستراتيجي على حد سواء.

أما دراسة (أبو خرمه، 2000) بعنوان "أدارة الخدمات الصحية في الأردن". تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أراء، وانطباعات المرضى المراجعين حول

واقع وخدمات قسم الأشعة في مستشفى جرش الحكومي، ومعرفة مدى موافقتهم عليها ورضاهم عنها، ويضم مجتمع الدراسة جميع المرضى المراجعين لقسم الأشعة في مستشفى جرش الحكومي، واشتملت عينة الدراسة (738) مراجعا وذلك كعينة عشوائية اختارها الباحث. وتوصلت الدراسة إلى أن إفراد العينة الذين يعملون في القطاع العام هم أكثر رضا عن واقع وخدمات قسم الأشعة من أولئك الذين يعملون في القطاع الخاص كذلك المرضى المراجعين لأقسام الإسعاف والطوارئ وعيادات الاختصاص هم أكثر قبولا واقتناعا بواقع ومستوى الخدمات المقدمة لهم ثم المرضى من داخل المستشفى.

ب. الدراسات الأجنبية:

اجري فليج بيترس (Vilegi-Peters 2010) دراسة بعنوان " اثر القيادة الفعالة على الجودة ودور القيادة في أدارة جودة الرعاية الصحية" (The impact of effective leadership on quality: The role of leadership in managing quality initiatives in health care). في جامعة كابيلا، هدفت الدراسة تحديد الصفات الصحية والأدوار الناجحة في إدارة المبادرات في منظمات الرعاية الصحية في ولاية بنسلفانيا، وشملت عينة الدراسة المستويات التنفيذية للقيادة من كبار المديرين التنفيذيين والرؤساء الماليين وتم اختيار (3) أشخاص من كل خمس مستشفيات في ولاية بنسلفانيا وفقا لمؤهلاتهم، وتم اختيار السلطة التنفيذية على مستوى المناصب داخل المستشفيات الخمسة لعملية المقابلة، وتوصلت الدراسة إلى انه هناك تأثير كبير على قيادة أدارة الجودة في الرعاية الصحية وان القيادة لها دور محدد لمراعاة تنفيذ الجودة.

أجرى فانغ منغ وآخـرون (Fang-Ming , et.al, 2009) دراسـة بعنـوان" الرضا عـن الـسجلات الإلكترونيـة للمرضـى فـي المستـشفيات التايوانيـة" (Efficiency and satisfaction of electronic records management systems in Hospital in Taiwan). وهدفت الدراسة إلى التعرف علـى الكفـاءة، والرضا عن السجلات الإلكترونية للمرضى في المستشفيات في تـايوان، وشـملت عينة الدراسة (2549) مبحوثاً، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هنالك رضـا لـدى المتعلمين عن السجلات الالكترونية من حيث طريقة حفظها وتخزينها، الإجـراءات

الإدارية المتبعة في حفظ هذه السجلات تتسم بالكفاءة. كما بينت النتـائج أن هـذه الطريقة أسهمت في التغلب على بطء الإجراءات المتبعة وتعقدها.

وقام فربلن (Verbelen, 2007) بدراسة بعنوان "اثر الإنفـاق العـام علـى الرعاية الـصحية علـى النفقـات الـصحية الإجماليـة" (The impact of public expenditures on health care on total health expenditures). أطروحة في جامعة جنوب كاليفورنيا في الولايات المتحدة لتحليل استكشافي لبلدان منُظمة التعاون والتنمية التي تشمل (19) دولة، هدفت الدراسة إلى استعراض تمويل الرعاية الصحية والقدرة على ضبط مختلف النفقات على الجانب الصحي. وظهرت النتائج مجتمعة ان نظام الرعاية الصحية للولايات المتحدة مشابهة جدا لنظم الرعاية الصحية الأخرى فيما يتعلق بالتنظيمية، والتسليم إلى حد كبير، ولكن يختلـف عـن غيرها من نظم الرعاية الصحية من حيث آلية التمويل. توصـلت الدراسـة إلـى استنتاج إن البلدان الصناعية ترفع بشكل مستمر النفقات الصحية، وهناك اخـتلاف بين البلدان الصناعية من حيث النفقات، وان زيادة النفقات ليس بالضرورة تـودي إلى نتائج صحية أفضل، أخيرا زيادة التحضر هي علاقة ايجابية مع مجموع النفقات الصحية.

أما دراسة فوتر(Fotter, 2006) فجاءت بعنوان "دراسة مقارنة لتـصورات المرضى والعاملين في المستشفى لخدمة العملاء" (Comparing Hospital Staff and Patient Perceptions of Customer Service) . وينطلق هدفها من أن قياس رضـا المرضى هو أمر حاسم لدعم خدمة المستهلك وتحقيق الميزة التنافسية في صـناعة العناية الصحية حيث توجد مداخل متعددة لذلك القياس. أجريت هذه الدراسة الرائدة في عدة مستشفيات رائده في أمريكا. وشملت عينـة الدراسـة (2587) مريـضاً، و(426) موظفاً، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك درجة عالية من الارتباط بين إدراكات المرضى والعاملين لخدمة المـستهلك, كمـا كانـت ادراكـات العـاملين لخصائص الخدمة أكثر سلبية مما لدى المرضى.

أما دراسة اوزترك (Ozturk, 2005) بعنوان "تجربة المستشفيات العامة التركية في تحسين الأداء من خلال الإدارة العامة الجديدة شهادة الأيزو9001"، (The experience of Turkish public hospitals in enhancing performance

في Through new public management: the role of ISO 9001 certification). جامعة كاروان المتحدة، هدفت هذه الدراسة في البحث عن طرق أفضل لتحسين فعاليات وكفاءات، ونوعية الخدمات، والسعي لتحسين الإدارة في عدد من المستشفيات العامة التركية. تحاول الدراسة الإجابة على أسئلة بحثية رئيسية واهم الأسئلة هو، هل لنوعية ومبادرات لتحسين الأداء في المستشفيات الحكومية التركية عن طريق شهادة الايزو9001 يؤدي إلى تحسين الأداء؟. تكون مجتمع الدراسة من (46) مقابلة نصف منظم يدل على ملاحظات العملاء، وتوصلت الدراسة إلى أن الإصلاحات التي أنتجت تحولات مهمة في التحالفات السياسية الداخلية بما في ذلك خفض الأطباء على السلطة داخل المستشفيات التركية.

قام ميكديدنت (Mikdednt, et., al., 2004) دراسة بعنوان "نموذج انتقال الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية شمال المانيا" (Archetype Transiton In The German Health Service, The Attempted .Modernization Of Hospitals A North German State) هدفت هذه الدراسة لتطوير النموذج الاساسي في تقديم الخدمات الصحية في مستشفيات القطاع العام شمال المانيا. تم جمع بيانات الدراسة عن طريق إجراء مقابلات مع (12) من كبار الإداريين والأطباء في المستشفيات الحكومية في هامبورغ، ومن أهم ما توصلت إليه الدراسة من نتائج يتطلب أصلاح نموذج تقديم الخدمات الصحية في منظمات القطاع العام فهم شامل لطبيعة العلاقات الطارئة التي تحدث في نظام تقديم الخدمات الصحية.

استعراض للدراسات السابقة وما يميز هذه الدراسة عنها:

بعد الاطلاع على الدراسات السابقة ومراجعتها تبين أنها مشابهة لهذا الدراسة مـن حيث الأهداف العامة التي تهدف إلى دراسة الخدمات الصحية وإمكانية تحـسينها، حيث تناول كل منها جانبا من جوانب تحسين الخدمات الصحية بمفهومة الواسـع، ولذا فقد استفادت الدراسة واجمالاً من الأطر النظري التي وردت فيها .

استخدمت غالبية الدراسات المنهج الوصفي الذي يعتمد على المسح الاجتماعي باستخدام العينات والاعتماد على الاستبانة كأداة أساسـية لجمـع البيانـات ، إلا أن

الدراسة الحالية بشكل عام نجد أن الدراسات تفاوتت في جوانب متعددة من حيـث موضوعها أو مكانها أو زمانها أو نوع مجتمع البحث، أو العينة.

قامت دراسة (السعيدي،2007) بتقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء في دولة الكويت، أما دراسة (الساعدي، 2007)، فبحثت في تشخيص السلبيات والمشكلات ومعوقات العمل التي يعانيها القطاع الصحي العراقي، وتناولت دراسة (الأحمدي، 2006) محددات جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية: دراسة نوعية، ولم نجد أية دراسة قد تناولت اثر العوامل البيئية الداخلية والخارجية في تحسين جودة الخدمات الصحية" دراسة تطبيقية من وجهة نظر متلقي الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية، هذا فضلاً عن أن هذه الدراسة قد استخدمت أبعاداً أخرى لإدارة المعرفة لم تستخدمها الدراسات السابقة، كعوامل البيئة الداخلية بأبعادها(الموارد البشرية، الموارد المادية، ثقافة المنظمة)، وعوامل البيئة الخارجية بأبعادها(المستفيدين، الموردين) وهذا ما يميزها عن غيرها.

لفصل الثالث

المنهجية والتصميم

3. 1 منهجية الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي الذي تضمن إجراء مسح مكتبي على الأدبيات المتعلقة بالموضوع العربية منها والأجنبية والاستفادة من الدراسات السابقة ذات الصلة، إلى جانب أسلوب المسح الميداني التطبيقي وذلك عن طريق جمع البيانات بواسطة مسح ميداني لإفراد عينة الدراسة من خلال استخدام الاستبانة لاختبار أرائهم حول المحاور الأساسية والإجابة على أسئلتها.

3. 2 مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى الراقدين في مستشفيات المدينة الطبية العراقية في الفترة الواقعة من 2010/5/5 ولغاية 2010/5/12، ولقد تم اختيار (مدينة الطب) في بغداد كمجتمع للدراسة كونها المنظمة الصحية التي تحتوي على (2279) سرير، وفقاً للإحصاءات الرسمية الصادرة عن هذه المستشفيات، والجدول رقم (5) يبين مجتمع الدراسة وحجم العينة وعدد الاستبانات الموزعة و المستردة والصالحة للتحليل الإحصائي.

جدول رقم (5)

المستشفى	عدد المرضى	عدد الاستبانات الموزعة	الاستبانات المستردة والصالحة للتحليل الاحصائي
مستشفى بغداد التعليمي	1000	300	298
مستشفى الجراحات التخصصية	528	158	136
مستشفى دار التمريض الخاص	249	76	45
مستشفى حماية الأطفال التعليمي	318	95	43
مستشفى الجهاز الهضمي وأمراض الكبد التعليمي	90	34	15
المركز العراقي لأمراض القلب	70	21	8
شعبة الكلية الصناعية*	40	-	-
المجموع	2279	684	545

* لم توزع أي استمارة بسبب امتناع ادارة الكلية بتوزيع الاستبانات

3 .3 عينة الدراسة

تم سحب عينة عشوائية طبقية بسيطة من جميع المرضى الراقدين في مستشفيات المدينة الطبية العراقية بنسبة(30%) من مجتمع الدراسة وبذلك يكون حجم العينة الكلي(684) مريضاً، حيث استرجع منها (563) استبانه شكلت ما نسبته(89%) من حجم العينة الكلي، وتم استبعاد (18) استبانه لعدم صلاحيتها للتحليل الإحصائي ليصبح عدد الاستبانات الصالحة للتحليل (545) استبانه لتشكل ما نسبته (23.9%) من مجتمع الدراسة الكلي وما نسبته (79.7%) من عينة الدراسة وهي نسبة مقبولة لأغراض البحث العلمي. وفيما يلي عرض لخصائص عينة الدراسة.

جدول رقم (6)

وصف خصائص عينة الدراسة

المتغير	فئات المتغير	العدد	النسبة
النوع الاجتماعي	ذكر	332	%60.9
	أنثى	213	%39.1
	30 سنة فأقل	79	%14.5
العمر	31-40 سنة	196	%36.0
	41-50 سنة	205	%37.6
	51 سنة فأكثر	65	%11.9
	ثانوية عامة فما دون	63	%11.6
المستوى التعليمي	دبلوم	127	%23.3
	بكالوريوس	335	%61.5
	دراسات عليا	20	%3.7
طبيعة المهنة	قطاع عام	212	%38.9
	قطاع خاص	107	%19.6
	متقاعد	120	%22.0
	ربة بيت	106	%19.4
مكان السكن	مدينة	294	%53.9
	قرية	251	%46.1

بالنظر إلى الجدول رقم (6) يتضح أن أغلب أفراد عينة الدراسة كانوا من الذكور، حيث شكلـت نسبتهـم (60.9%) في حين بلغت نسبة الإناث (39.1%) من مجموع أفراد عينة الدراسة.

وبالنسبة للمستوى التعليمي فإن (61.5%) هم من حملة الشهادة الجامعية الأولى بكالوريوس، كما وجد أن (23.3%) هم من حملة دبلوم متوسط، كما وجد أن (11.6%) هم من حملة ثانوية عامة فما دون، أما من هم من حملة الدراسات العليا فجاءت نسبتهم (3.7%). وهذا يشير إلى ارتفاع الشهادة الجامعية الأولى لدى عينة الدراسة.

وبالنسبة لمتغير العمر فإن غالبية المبحوثين (37.6%) كانوا من الفئة العمرية (41-50 سنة)، وأن (36%) من المبحوثين تقع أعمارهم في الفئة العمرية (31-40 سنة)، وأن (14.5%) من المبحوثين تقع أعمارهم في الفئة العمرية (30 سنة فأقل)، في حين أن (11.9%) من المبحوثين تقع أعمارهم في الفئة العمرية (51 سنة فأكثر). وهذه النسبة تشير إلى أنه بسبب الظروف الاقتصادية والمالية التي يعيشها العراق الأمر الذي يؤدي إلى خروج أرباب الأسر إلى سوق العمل لتأمين احتياجات الأسرة المعيشية.

وبالنسبة لمتغير طبيعة المهنة فإن (38.9%) من المبحوثين كانوا موظفين قطاع عام، كما وجد أن (22%) من المبحوثين كانوا متقاعدين، وأن(19.6%) من المبحوثين كانوا موظفين قطاع خاص، أما ربات البيوت فقد بلغت نسبتهن (19.4%). وهذا يشير إلى أن موظفي القطاع العام هم يتمتعون بتأمين صحي يسمح لهم بدخول هذه المستشفيات، أما موظفي القطاع الخاص فهم في الغالب يذهبون إلى مستشفيات خاصة.

أما فيما يتعلق بمتغير مكان السكن فإن معظم المبحوثين (53.9%) كانوا من سكان المدينة، بينما شكلت نسبة سكان القرى (46.1%)، وذلك كون مدينة الطب تقع في العاصمة العراقية بغداد الأمر الذي يسهل على المراجعين من سكان بغداد الوصول إلى هذه المستشفيات.

3. 4 أداة الدراسة:

من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة حول عوامل البيئية الداخلية والخارجية وجودة الخدمات الصحية وانسجاماً مع أهداف الدراسة، ولغاية جمع

المعلومات، واختبار فرضيات الدراسة والإجابة على أسئلتها، فقد تم تطوير استبانه مكونة من ثلاثة أجزاء هي:

الجزء الأول: ويشتمل على معلومات شخصية عن أفراد عينة الدراسة، وتشمل (النوع الاجتماعي، والعمر، والمستوى التعليمي، وطبيعة المهنة، ومكان السكن).

الجزء الثاني: ويتكون من (24) فقرة تقيس متغير عوامل البيئية الداخلية والخارجية المؤثرة في جودة الخدمات الصحية، وتم تطوير هذا الجزء بالاعتماد على دراسة (ياسين وآخرون، 2001؛ أبو حشيش، 2003؛ الساعدي، 2007).

ويتضمن عوامل البيئية الداخلية (الموارد البشرية، الموارد المادية، ثقافة المنظمة) وعوامل البيئية الخارجية (المستفيدين، الموردون).

الجزء الثالث: ويتكون من (9) فقرات تقيس متغير جودة الخدمات الصحية، وتم كذلك تصميم هذا الجزء بالاعتماد على دراسة (الأحمدي، 2006؛ ألسعيدي، 2007).

وقد تم قياس الفقرات باستخدام مقياس ليكرت الخماسي(Likart Scale) (5) موافق تماماً، (4) موافق، (3) موافق بدرجة متوسطه، (2) غير موافق، (1) غير موافق تماماً)، واستنادا إلى ذلك فسيتم التعامل مع المتوسطات الحسابية لتفسير البيانات لاحقاً وذلك على النحو الأتي.

الإجابة من 3.50 فأكثر	تدل على درجة مرتفعة المستوى
الإجابة من 2.50-3.49	تدل على درجة متوسطة المستوى
الإجابة من أقل من 2.49	تدل على درجة منخفضة المستوى

جدول رقم (7)

متغيرات الدراسة وأرقام الفقرات التي تقيسها

المتغير	المتغير الفرعي	أرقام الفقرات
عوامل البيئية الداخلية	الموارد البشرية	1-5
	الموارد المادية	6-10
	ثقافة المنظمة	11-15
عوامل البيئية الخارجية	المستفيدين	16-20
	الموردون	21-24
	جودة الخدمات الصحية	25-33

3. 5 صدق أداة الدراسة:

لقد تم عرض الاستبانة على (7) محكمين من أساتذة الإدارة المختصين، وأعضاء هيئة التدريس في جامعة مؤتة، للتحقق من مدى صدق فقراتها، وقد تم الأخذ بآرائهم، وإعادة صياغة بعض الفقرات، وإجراء التعديلات المطلوبة، ما يؤكد على صدق الأداة.

3. 6 ثبات أداة الدراسة:

جرى التأكد من ثبات الأداة بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار (test-retest)، وذلك بتوزيعها على عينة استطلاعية مكونة من (25) مبحوثاً من خارج عينة الدراسة، وبفارق أسبوعين بين عمليتي التطبيق، حيث جرى استخراج معامل الثبات، للأداة بصيغتها النهائية الكلية، ولكل بعد من أبعاد الدراسة، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (8) الآتي:

جدول رقم (8)

قيمة معامل الثبات للاتساق الداخلي لكل بعد من أبعاد الدراسة

البعد	المتغير	تسلسل الفقرات	معامل الثبات Test-Retest	معامل الثبات Alpha
1	الموارد البشرية	5-1	0.88	0.86
2	الموارد المالية	10-6	0.89	0.87
3	ثقافة المنظمة	15-11	0.86	0.85
3-1	عوامل البيئية الداخلية	15-1	-	-
1	المستفيدين	20-16	0.90	0.88
2	الموردون	24-21	0.89	0.86
2-1	عوامل البيئية الخارجية	15-1	-	-
-	جودة الخدمات الصحية	33-25	0.91	0.89

يلاحظ أن معامل الثبات الكلي (كرونباخ الفا) لعوامل البيئة الداخلية كان قد بلغ (0.85) ولعوامل البيئة الخارجية كان قد بلغ (0.86)، ولجودة الخدمات الصحية (0.89) وهي نسبة مقبولة لأغراض البحث العلمي.

3. 7 المعالجة الإحصائية:

تستخدم الدراسة برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS.16.1) (The statistical package of social sciences) في معالجة البيانات للإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها، وفقاً للمعالجات الإحصائية التالية:

1- التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص عينة الدراسة، وحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابة عن أسئلة الدراسة.
2- تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis)؛ لاختبار صلاحية نماذج الدراسة، وتأثير المتغير المستقل وأبعاده على المتغير التابع وأبعاده.
3- تحليل الانحدار المتعدد التدريجي (Stepwise Multiple Regression Analysis) لاختبار دخول المتغيرات المستقلة في معادلة التنبؤ بالمتغير التابع.
4- اختبار معامل تضخم التباين (VIF) (Variance Inflation Factor) واختبار التباين المسموح (Tolerance)؛ للتأكد من عدم وجود ارتباط عالٍ (Multicollinearity) بين المتغيرات المستقلة.
5- اختبار معامل الالتواء(Skewness) وذلك للتأكد من أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي (Normal Distributions).
6- تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار تأثيرات المتغيرات الشخصية والوظيفية على تصورات المبحوثين إزاء المتغيرات المستقلة والتابعة وأبعادها، إضافة إلى استخدام اختبار S-N-K (Student Newman's keul) للمقارنات البعدية في حالة وجود فروق.
7- تحليل اختبار ت (t.test) لاختبار الفروق لمتغيري (النوع الاجتماعي، ومكان السكن) في تصورات المبحوثين إزاء المتغيرات التابعة.

الفصل الرابع
عرض النتائج ومناقشتها والتوصيات

للإجابة عن اسئلة الدراسة تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات الدراسة والأبعاد التي تنتمي لها وذلك لمعرفة تصورات متلقي الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية للعوامل البيئية الداخلية والخارجية المؤثرة في جودة الخدمات الصحية وأبعادِهما، وكذلك لمعرفة تصورات متلقي الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية لجودة الخدمات الصحية.

4. 1 الإجابة عن أسئلة الدراسة:

الإجابة على السؤال الأول: ما هي تصورات متلقي الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية للعوامل البيئية الداخلية المؤثرة في جودة الخدمات الصحية؟

جدول رقم (9)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين لعوامل البيئة الداخلية

الرتبة	تسلسل الفقرات	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
2	1-5	بعد الموارد البشرية	3.59	0.55	مرتفع
3	6-10	بعد الموارد المادية	3.41	0.63	متوسط
1	11-15	بعد ثقافة المنظمة	3.65	0.56	مرتفع
-	1-15	عوامل البيئة الداخلية	3.55	0.54	مرتفع

يبين الجدول رقم (9) أن المتوسطات الحسابية لتصورات المبحوثين لعوامل البيئة الداخلية، جاءت بدرجة مرتفعة، وبلغ المتوسط الكلّي لعوامل البيئة الداخلية (3.55) وانحراف معياري(0.54)، وقد احتّل بعد ثقافة المنظمة المرتبة الأولى، بمتوسط حسابي بلغ (3.65) وانحراف معياري(0.56)، يلي ذلك بعد الموارد البشرية، بمتوسط حسابي بلغ (3.59) وانحراف معياري(0.55)، في حين جاء في المرتبة الثالثة والأخيرة بعد الموارد المالية بمتوسط حسابي بلغ (3.41) وانحراف معياري(0.63). وهي نتيجة منطقية لأن عوامل البيئة الداخلية هي نابعة من بيئة

المنظمة، وتؤثر على جودة الخدمات الصحية وهي مدركة من قبل القـائمين علـى مدينة الطب العراقية، كما تعكس هذه النتيجة الاهتمـام نوعيـة الخدمـة المقدمـة للمراجعين كونها تقدم خدمة تشكل عصب الحياة في المجتمع العراقـي فـي ظـل الأوضاع الراهنة.

وفيما يلي عرض تفصيلي لتصورات المبحوثين لعوامل البيئة الداخلية وعلـى مستوى كل بعد من أبعاد عوامل البيئة الداخلية وهي كما يلي:

1. الموارد البشرية:

جدول رقم(10)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين لبعد الموارد البشرية كبعد من أبعاد عوامل البيئية الداخلية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	1.	يقوم العاملين في المستشفى بمعاملة المريض باهتمام .	3.74	0.94	مرتفع
4	2.	توفر المستشفى أطباء اختصاصيين بعدد يتلاءم مع عدد المراجعين لضمان عدم التأخير .	3.51	0.99	مرتفع
2	3.	أن الإجراءات الإدارية للعاملين لدخول المريض وخروجه مريحة وسريعة .	3.67	0.97	مرتفع
5	4.	أن العاملين في المستشفى على استعداد دائم للتعاون في كل ما يتعلق بشؤون المريض .	3.50	1.01	مرتفع
3	5.	يتحمل الأطباء والعاملون مسئولية عالية في خدمة المريض .	3.52	1.00	مرتفع
-	1-5	المتوسط الكلي لبعد الموارد البشرية	3.59	0.55	مرتفع

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم(10) أن المتوسط الحسابي لتصورات المبحوثين لبعد الموارد البشرية كبعد من أبعاد عوامل البيئية الداخلية، جاء بدرجة مرتفعة، حيث بلغ المتوسط الكلّي (3.59) وانحراف معياري(0.55).

وقد احتلت الفقرة(1) والتي تنص "يقوم العـاملين فـي المستـشفى بمعاملـة المريض باهتمام" المرتبة الأولى وبمتوسط حـسابي (3.74) وانحـراف معيـاري (0.94)، وهي تعكس درجة موافقة مرتفعة، في حين جـاءت بالمرتبـة الأخيـرة

الفقرة (4) والتي تنص " أن العاملين في المستشفى على استعداد دائم للتعاون فـي كل ما يتعلق بشؤون المريض" وبمتوسـط حـسابي (3.50) وانحـراف معيـاري (1.01)، وهي تعكس موافقة مرتفعة. وتُفسر هذه النتيجة أن الموارد البشرية تستند إلى قاعدة بيانات شاملة، مما يجعلها أكثر كفاءة في رفد متخذ القـرار فـي مدينـة الطب العراقية بالمعلومات التي يحتاجها لرسم السياسات ووضـع الاسـتراتيجيات لتطوير هذه الموارد.

2. الموارد المادية:

جدول رقم (11)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين لبعد الموارد المادية كبعد من أبعاد عوامل البيئية الداخلية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
2	.6	احصل على الأدوية المجانية من المستشفى بسهولة.	3.44	1.04	متوسط
3	.7	يحتاج تصوير بعض أنواع الأشعة والسونار إلى مواعيد بعيده .	3.41	1.02	متوسط
4	.8	تتوفر خدمات نقل الإسعاف بسهولة الحصول عليها عند طلبها .	3.40	0.99	متوسط
5	.9	يمتاز التيار الكهربائي داخل المستشفى بعدم الانقطاع.	3.36	1.01	متوسط
1	.10	يمتاز الغذاء المقدم داخل المستشفى بالجودة العالية.	3.46	1.01	متوسط
-	6-10	المتوسط الكلي لبعد الموارد المالية	3.41	0.63	متوسط

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم(11) أن المتوسط الحسابي لتصورات المبحوثين لبعد الموارد المالية كبعد من أبعاد عوامل البيئية الداخلية، جاء بدرجة متوسطة، حيث بلغ المتوسط الكلّي (3.41) وانحراف معياري(0.63).

وقد احتلت الفقرة(10) والتي تنص " يمتاز الغذاء المقدم داخل المستشفى بالجودة العالية" المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي (3.46) وانحراف معياري (1.01)، وهي تعكس درجة موافقة متوسطة، في حين جاءت بالمرتبة الأخيرة

الفقرة (9) والتي تنص " يمتاز التيار الكهربائي داخل المستشفى بعدم الانقطاع" وبمتوسط حسابي (3.36) وانحراف معياري (1.01)، وهي تعكس موافقة متوسطة.

وهذا يشير إلى أهمية التركيز على البعد المادي المتمثل في سهولة الحصول على الأدوية المجانية، وتوفر خدمات نقل الإسعاف وجود الغذاء المقدم للمرضى.

3. ثقافة المنظمة:

جدول رقم (12)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين لبعد ثقافة المنظمة كبعد من أبعاد عوامل البيئية الداخلية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	.11	يوجد احياناً عدالة بالتعامل مع المرضى في الدور والفحوصات المخبرية .	3.73	0.94	مرتفع
2	.14	تحتاج المؤسسات الصحية فرق عمل تعمل بتعاون كامل .	3.72	0.92	مرتفع
3	.15	تؤثر ثقافة المنظمة في شخصيات العاملين في المستشفى بشكل ايجابي .	3.67	0.98	مرتفع
4	.12	يتم التعرف على حالة المريض فور دخوله المستشفى .	3.57	0.93	مرتفع
5	.13	تصعب المطالبة القانونية لحقوق المريض في حالة تعرضه لخطأ طبي.	3.55	0.89	مرتفع
-	11-15	المتوسط الكلي لبعد ثقافة المنظمة	3.65	0.56	مرتفع

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (12) أن المتوسط الحسابي لتصورات المبحوثين لبعد ثقافة المنظمة كبعد من أبعاد عوامل البيئية الداخلية، جاء بدرجة مرتفعة، حيث بلغ المتوسط الكلّي (3.65) وانحراف معياري (0.56).

وقد احتلت الفقرة (11) والتي تنص "يوجد أحياناً عدالة بالتعامل مع المرضى في الدور والفحوصات المخبرية" المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي (3.73) وانحراف معياري (0.94)، وهي تعكس درجة موافقة مرتفعة، في حين جاءت بالمرتبة الأخيرة الفقرة (9) والتي تنص "تصعب المطالبة القانونية لحقوق المريض في حالة تعرضه لخطأ طبي" وبمتوسط حسابي (3.55) وانحراف معياري (0.89)،

وهي تعكس موافقة مرتفعة. ويلاحظ ارتفاع مستوى المتوسط الحسابي للثقافة التنظيمية وذلك كون هذه المستشفيات تستغل مواردها المتاحة بحكمة وفاعلية، وأن العاملين يتمتعون بمهارات تميزهم عن غيرهم، وأن العاملين يرغبون في الحصول على قدر من السلطات والمهام، ودعم وتأيد الإدارة، بحيث يشعر معها أن الإدارة تثق بقدراته، ورغبته في الحصول على قدر من التشجيع والثناء والتقدير على مجهوداتهم في العمل.

الإجابة على السؤال الثاني: ما هي تصورات متلقي الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية للعوامل البيئية الخارجية المؤثرة في جودة الخدمات الصحية؟

جدول رقم (13)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين لعوامل البيئة الخارجية

الرتبة	تسلسل الفقرات	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	16-20	بعد المستفيدين	3.54	0.57	مرتفع
2	21-24	بعد الموردون	3.52	0.59	مرتفع
-	16-24	عوامل البيئة الخارجية	3.53	0.55	مرتفع

يبين الجدول رقم (13) أن المتوسطات الحسابية لتصورات المبحوثين لعوامل البيئة الخارجية، جاءت بدرجة مرتفعة، وبلغ المتوسط الكلّي لعوامل البيئة الخارجية (3.53) وانحراف معياري (0.55)، وقد احتّل بعد المستفيدين المرتبة الأولى، بمتوسط حسابي بلـغ (3.54)، في حين جاء في المرتبة الأخيرة بعد الموردون بمتوسط حسابي بلـغ (3.52). وهي نتائج منطقية لأن قدرة عوامل البيئة الخارجية في التأثير في جودة الخدمات الصحية كانت أقل من العوامل الداخلية كونها خارج بيئة المستشفى والعوامل الداخلية تشمل التغير في أهداف المنظمة ورسالتها وأغراضها، وإدخال أجهزة ومعدات جديدة، وندرة القوى العاملة، وتدني معنويات العاملين وعدم رضاهم عن العمل.

وفيما يلي عرض تفصيلي لتصورات المبحوثين لعوامل البيئة الخارجية وعلى مستوى كل بعد من أبعاد عوامل البيئة الخارجية وهي كما يلي:

1. المستفيدين:

جدول رقم (14)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين لبعد المستفيدين كبعد من أبعاد عوامل البيئية الخارجية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
5	16.	يشعر المريض في المستشفى بأنه بأيدي أمينة.	3.50	1.00	مرتفع
3	17.	يودي كثرة إعداد المرضى إلى التزاحم على الأسرة في بعض الأحيان.	3.54	1.01	مرتفع
2	18.	تجري المتابعة الصحية للمريض في المستشفى بشكل دقيق.	3.56	0.98	مرتفع
1	19.	أن فرص الحصول على العلاج في المستشفيات الحكومية سهلة.	3.58	0.99	مرتفع
4	20.	أرغب العلاج في المستشفيات الحكومية لعدم ثقتي بجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة.	3.52	1.00	مرتفع
-	16-20	المتوسط الكلي لبعد المستفيدين	3.54	0.57	مرتفع

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم(14) أن المتوسط الحسابي لتصورات المبحوثين لبعد المستفيدين كبعد من أبعاد عوامل البيئية الخارجية، جاء بدرجة مرتفعة، حيث بلغ المتوسط الكلّي (3.54).

وقد احتلت الفقرة(19) والتي تنص "أن فرص الحصول على العلاج في المستشفيات الحكومية سهلة" المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي (3.58) وهي تعكس درجة موافقة مرتفعة، في حين جاءت بالمرتبة الأخيرة الفقرة(16) والتي تنص" يشعر المريض في المستشفى بأنه بأيدي أمينة" وبمتوسط حسابي(3.50) وهي تعكس موافقة مرتفعة.

2. الموردون:

جدول رقم (15)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين لبعد الموردون كبعد من أبعاد عوامل البيئية الخارجية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	23.	اعتقد أن السلع والخدمات الصحية توفر في الوقت المناسب.	3.53	1.03	مرتفع
2	24.	اعتقد أن الكميات المطلوبة من المستلزمات الطبية يتم توفيرها بالشكل الملائم.	3.52	0.99	مرتفع
3	22.	اعتقد أن المستشفى يزود بالأدوية والمستلزمات الصحية ضمن مواصفات ذات جودة عاليه.	3.51	1.04	مرتفع
4	21.	اعتقد أن المستشفى تجهز بأحدث الأجهزة الطبية ذات الجودة العالية .	3.50	0.98	مرتفع
-	21-24	المتوسط الكلي لبعد الموردون	3.52	0.59	مرتفع

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (15) أن المتوسط الحسابي لتصورات المبحوثين لبعد الموردون كبعد من أبعاد عوامل البيئية الخارجية، جاء بدرجة مرتفعة، حيث بلغ المتوسط الكلّي (3.52).

وقد احتلت الفقرة (23) والتي تنص " اعتقد أن السلع والخدمات الصحية توفر في الوقت المناسب" المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي (3.53) وهي تعكس درجة موافقة مرتفعة، في حين جاءت بالمرتبة الأخيرة الفقرة (21) والتي تنص" اعتقد أن المستشفى تجهز بأحدث الأجهزة الطبية ذات الجودة العالية" وبمتوسط حسابي (3.50) وهي تعكس موافقة مرتفعة.

الإجابة على السؤال الثالث: ما هي تصورات متلقي الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية لجودة الخدمات الصحية؟

جدول رقم (16)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين لجودة الخدمات الصحية

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	29.	يعكس المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة صوره ايجابية لمتلقي الخدمات الصحية.	3.63	0.95	مرتفع
2	26.	يوجد أماكن للانتظار والاستقبال مناسبة لمتلقي الخدمات الصحية.	3.54	0.96	مرتفع
3	25.	يستجيب العاملون بالمستشفى في تقديم خدمات علاجية فورية.	3.48	0.98	متوسط
4	33.	توضح الإدارة أهمية الأدوار والمهام لكافة العاملين في الخدمة الصحية التي تحقق رضا المريض وراحته.	3.46	0.99	متوسط
5	28.	يتم الإصغاء الكامل لشكوى المريض وتلبية احتياجاته بروح الود واللطف.	3.45	1.02	متوسط
6	32.	تقوم الإدارة بأعلام المرضى عن ما تقدمه من خدمات صحية متوفرة.	3.44	1.00	متوسط
7	27.	يلاحظ المريض أن صالة العمليات جاهزة كليا ولكل الحالات الطارئة.	3.43	1.01	متوسط
8	31.	يتم استبدال طرق وأساليب لأداء الوظائف القديمة بأخرى تقنية عالية .	3.39	0.98	متوسط
9	30.	يمتاز المستشفى بوجود أجهزه تكنولوجية حديثة لخدمة المريض مثل (الرنين والناظور).	3.29	1.03	متوسط
-	25-33	المتوسط الكلي لجودة الخدمات الصحية	3.46	0.64	متوسط

يظهر من الجدول (16) أن المتوسط العام لمستوى جودة الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية كان قد بلغ (3.46)، وانحراف معياري (0.64)، وهذا يعني أن مستوى جودة الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية وفقاً لتصورات أفراد

عينة الدراسة كانت ذات مستوى متوسط, وما يفسر ذلك أن مدينة الطب العراقية تقدم خدمات ذا صبغه حيوية للمواطنين, وهي محط اهتمامهم, كما أن تدني مستوى الخدمات فيهما يولد ضغطا عليها, أو قد تكون عرضه للنقد من المواطنين عبر وسائل الإعلام المختلفة.

وقد احتلت الفقرة (29) والتي تنص " يعكس المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة صوره ايجابية لمتلقي الخدمات الصحية" المرتبة الأولى وبمتوسط حسابي (3.63) وهي تعكس درجة موافقة مرتفعة، في حين جاءت بالمرتبة الأخيرة الفقرة (30) والتي تنص "يمتاز المستشفى بوجود أجهزه تكنولوجية حديثة لخدمة المريض مثل (الرنين والناظور)" وبمتوسط حسابي (3.29) وهي تعكس موافقة متوسطة. ويفسر ذلك ان العاملون في مدينة الطب يبدون على درجة عالية من حسن المظهر، ويتلاءم المظهر العام لمدينة الطب مع طبيعة الخدمات المقدمة للمراجعين, وهم قادرين على كسب ثقة المراجعين, واستعداد العاملين في مساعدة المواطنين وهم على جاهزيه عاليه في الحالات الطارئة.

4. 2 اختبار فرضيات الدراسة:

قبل تطبيق تحليل الانحدار لاختبار فرضية الدراسة الرئيس الأولى، تم إجراء بعض الاختبارات وذلك من أجل ضمان ملاءمة البيانات لافتراضات تحليل الانحدار وذلك على النحو التالي : فيما يتعلق بافتراض ضرورة عدم وجود ارتباط عالٍ بين المتغيرات المستقلة " Multi-Collinearity" قام الباحث بإجراء معامل تضخم التباين "Variance Inflation Factor- VIF "، واختبار التباين المسموح به " Tolerance " لكل متغير من المتغيرات المستقلة ، ويشير الجدول (17) إلى أنه إذا كان معامل تضخم التباين (VIF) للمتغير يتجاوز(10) وكانت قيمة التباين المسموح به أقل من (0.05) فإنه يمكن القول أن هذا المتغير له ارتباط عالٍ مع متغيرات مستقلة أخرى وبالتالي سيؤدي إلى حدوث مشكلة في تحليل الانحدار. وقد تم الاعتماد على هذه القاعدة لاختبار الارتباط الخطي المتعدد "Multicollinearity" بين المتغيرات المستقلة. وكما يشير الجدول (17) والذي يحتوي على المتغيرات المستقلة وقيمة

معامل تضخم التباين (VIF) والتباين المسموح " Tolerance" لكل متغير، نلحظ أن قيمة(VIF) لجميع متغيرات العوامل البيئية الداخلية كانت أقل من (10) وتتراوح (1.314 –2.156) كما نلحظ أن قيمة التباين المسموح " Tolerance" لجميع المتغيرات كانت أكبر من (0.05) وتتراوح بين (0.313 – 0.561)، ونلحظ أن قيمة(VIF) لجميع متغيرات العوامل البيئية الخارجية كانت أقل من (10) وتتراوح (2.160 –2.255)، ولذلك يمكن القول أنه لا توجد مشكلة حقيقية تتعلق بوجود ارتباط عالٍ بين المتغيرات المستقلة.

جدول رقم (17)

اختبار معامل تضخم التباين والتباين المسموح به ومعامل الالتواء

	المتغيرات	التباين المسموح به Tolerance	معامل تقييم التباين (VIF)	معامل الالتواء Skewness
العوامل البيئية الداخلية	الموارد البشرية	0.313	1.404	0.370
	الموارد المادية	0.464	2.156	0.210
	ثقافة المنظمة	0.561	1.314	0.266
العوامل البيئية الخارجية	المستفيدين	0.463	2.160	0.337
	الموردون	0.443	2.255	0.395

ومن أجل التحقيق من افتراض التوزيع الطبيعي Normal Distribution للبيانات فقد تم الاستناد إلى احتساب قيمة معامل الالتواء (Skewness) للمتغيرات، وكما يشير الجدول رقم (17) فإن قيمة معامل الالتواء لجميع متغيرات الدراسة كانت أقل من (1) ولذلك يمكن القول بأنه لا توجد مشكلة حقيقية تتعلق بالتوزيع الطبيعي لبيانات الدراسة .

الفرضية الرئيسة الأولى: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤ 0.05) لعوامل البيئة الداخلية بأبعادها (الموارد البشرية، الموارد المادية، ثقافة المنظمة) في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المراجعين والراقدين في المستشفيات.

جدول رقم (18)

نتائج تحليل التباين للانحدار(Analysis Of variance) للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الرئيس الأولى.

المصدر	درجات الحرية	معامل التحديد R^2	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى دلالة F
الانحدار			61.40	20.469		
الخطأ	(3، 541)	0.657	231.99	0.429	*118.49	0.000
الكلي			293.39			

* ذات دلالة إحصائية على (α≤ 0.05)

يوضح الجدول رقم (18) صلاحية نموذج اختبار فرضية الدراسة الرئيس الأولى، ونظراً لارتفاع قيمة (F) المحسوبة عن قيمتها الجدولية على مستوى دلالة (α≤ 0.05) ودرجات حرية (3، 541)، حيث إن أبعاد عوامل البيئية الداخلية تفسر(65.7%) من التباين في (جودة الخدمات الصحية)، وهذا يؤكد دور وأثر أبعاد عوامل البيئية الداخلية في تفسير جودة الخدمات الصحية. وبناء على ذلك نستطيع اختبار فرضية الدراسة الرئيسية الأولى.

جدول رقم (19)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار اثر أبعاد عوامل البيئية الداخلية في جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المراجعين والراقدين في المستشفيات

أبعاد عوامل البيئية الداخلية	B	الخطأ المعياري	Beta	قيمة t المحسوبة	مستوى دلالة t
الموارد البشرية	0.210	0.041	0.237	*5.176	0.000
الموارد المادية	0.315	0.041	0.350	*7.665	0.000
ثقافة المنظمة	0.216	0.045	0.215	*4.816	0.000

* ذات دلالة إحصائية على (α≤ 0.05)

الفرضية الفرعية الأولى: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للموارد البشرية كبعد من أبعاد البيئة الداخلية الصحية في تحسين جودة الخدمات الصحية.

يتضح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول رقم (19)، ومن متابعة قيم اختبار(t) أن متغير الموارد البشرية كبعد من أبعاد البيئة الداخلية الصحية له تأثير في تحسين جودة الخدمات الصحية، حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة (5.176)، وهي قيمة معنوية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$). مما يقتضي رفض الفرضية الصفرية والتي تنص على أنه: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للموارد البشرية كبعد من أبعاد البيئة الداخلية الصحية في تحسين جودة الخدمات الصحية. وقبول الفرضية البديلة التي تنص على أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للموارد البشرية كبعد من أبعاد البيئة الداخلية الصحية في تحسين جودة الخدمات الصحية.

ومثل هذه النتيجة ملموسة ومستشعرة؛ حيث تُفسر على أن المستشفيات تواجه تحديات متجددة ومتغيرة تتطلب من الإدارات العليا تبني سياسـات واسـتراتيجيات تتكيف مع هذه التحديات؛ لتحقيق أهداف المستشفيات بالأسلوب الناجح. ونظراً للتغير السريع والمتجدد في بيئة العمل فإنه يتوجب على الإدارات العليا أن تفـسح مجـال الحرية للموظفين في مختلف المستويات الإدارية لاتخاذ القرارات المناسبة من دون الرجوع للإدارة العليا إلا في الحالات الضرورية وفي حالة القرارات الحاسمة، بغية تقديم الخدمات للمواطنين بكفاءة وفاعلية. وتُفسر هذه النتيجة أيضاً علـى أن إدارة الموارد البشرية الفعالة في المستشفيات من أحد المؤثرات المحفزة على تحقيق جودة الخدمات الصحية، حيث إن توافر هذه الوظائف يسهم في سيادة التفاعل والحوار بين الأفراد، ووجود التعاون والانسجام بينهم وبين الإدارة، وإتاحـة الفرصـة للنمـو والتطور وتحقيق الطموحات الفردية، وتسهيل طرق وأساليب العمـل، بمـا يكفـل الاستفادة من الطاقات والقدرات الكامنة لدى الإفراد والعاملين بالمصلحة؛ من أجـل تحقيق مصلحة المستشفيات والعاملين معاً، كما تُفسر هذه النتيجـة أيـضاً علـى أن العاملين يحتاجون إلى خلق إجماع حول رؤية ورسالة المصلحة والقـيم والأهـداف

التي تسعى إلى تحقيقها. فعند إيضاح رؤية ورسالة المصلحة للعاملين، فأنهم بلا شك سيشعرون بامتلاكهم القدرة على التصرف بحرية في عملهم بدلاً من انتظار الأوامر والتوجيهات.

الفرضية الفرعية الثانية : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للموارد المادية كبعد من أبعاد البيئة الداخلية الصحية في تحسين جودة الخدمات الصحية.

يتضح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول رقم (19)، ومن متابعة قيم اختبار(t) أن متغير الموارد المالية كبعد من أبعاد البيئة الداخلية الصحية له تأثير في تحسين جودة الخدمات الصحية، حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة (7.665)، وهي قيمة معنوية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$). مما يقتضي رفض الفرضية الصفرية والتي تنص على أنه: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للموارد المالية كبعد من أبعاد البيئة الداخلية الصحية في تحسين جودة الخدمات الصحية. وقبول الفرضية البديلة التي تنص على أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للموارد المالية كبعد من أبعاد البيئة الداخلية الصحية في تحسين جودة الخدمات الصحية. وما يفسر تلك النتيجة أن توافر الموارد المادية تولد العاملين الإحساس بالراحة والثقة النفسية وترفع من معنوياتهم وتثير حماسهم لاستخدام جل طاقاتهم نحو تحقيق أهداف التنظيم، مما يساعد في تحقيق متطلبات جودة الخدمات الصحية.

الفرضية الفرعية الثالثة: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لثقافة المنظمة كبعد من أبعاد البيئة الداخلية الصحية على جودة الخدمات الصحية.

يتضح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول رقم (19)، ومن متابعة قيم اختبار(t) أن متغير ثقافة المنظمة كبعد من أبعاد البيئة الداخلية الصحية له تأثير في تحسين جودة الخدمات الصحية، حيث بلغت قيمة(t) المحسوبة(4.816)، وهي قيمة معنوية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$). مما يقتضي رفض الفرضية الصفرية والتي تنص على أنه: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة($\alpha \leq 0.05$) لثقافة

المنظمة كبعد من أبعاد البيئة الداخلية الصحية في تحسين جودة الخدمات الصحية. وقبول الفرضية البديلة التي تنص على أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة($\alpha \leq 0.05$) لثقافة المنظمة كبعد من أبعاد البيئة الداخلية الصحية في تحسين جودة الخدمات الصحية.

ومما يفسر هذه النتيجة أن ثقافة المنظمة تسهم في تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال تحقيق الثقة المتبادلة بين المدير والعاملين في التنظيم مما يجعل العاملين يحسون بإنسانيتهم وبقيمتهم ويرفع الروح المعنوية لديهم الأمر الذي يعزز الارتباط السيكولوجي والعاطفي للفرد نحو منظمته وتصبح مشاعر الفرد العامل مؤيدة للمنظمة وقيمها وأهدافها. وما يفسر ذلك أن ثقافة المنظمة غالباً ما تعزز أوضاع العاملين وتجعلهم يتفاعلون إيجابياً ليس فقط في كيفية الإجراءات بل أيضاً في تنمية القيادات الإدارية الدنيا في صفوف العاملين وتشعرهم بأهميتهم كعناصر فعالة في التنظيم، مما يشجعهم على التعبير عن آرائهم ومقترحاتهم في كل المسائل التي تهمهم، كل ذلك يعزز التزام العاملين أخلاقياً وشخصياً وأدبياً نحو قيم وأهداف المنظمة مما يدفعهم إلى بذل المزيد من الجهود لتحقيق أهداف المستشفيات وبالتالي تحسين جودة الخدمات الصحية.

وعند إجـراء تحليـل الانحـدار المتعـدد التـدريجي Stepwise Multiple Regression لتحديد أهمية كل متغير مستقل على حدة في المساهمة فـي النمـوذج الرياضي، الذي يمثل أثر أبعاد عوامل البيئة الداخلية بأبعادها (المـوارد البـشرية، الموارد المادية، ثقافة المنظمة) في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظـر المراجعين والراقدين في المستشفيات، كما يتضح من الجدول رقم(20) والذي يبين ترتيب دخول المتغيرات المستقلة في معادلة الانحدار، فإن متغير الموارد المادية قد احتل المرتبة الأولى وفسر ما مقداره (50.7%) من التباين فـي المتغيـر التـابع، ودخل متغير الموارد البشرية حيث فسر مع الموارد المادية (60.3%) من التبـاين في المتغير التابع، دخل أخيراً متغير ثقافة المنظمة حيث فسر مع المتغيرات السابقة ما مقداره(65.3%) من التباين في جودة الخدمات الصحية بوصفه متغيراً تابعاً.

جدول رقم (20)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد التدريجي " Stepwise Multiple Regression" للتنبؤ بجودة الخدمات الصحية من خلال أبعاد عوامل البيئة الداخلية كمتغيرات مستقلة

ترتيب دخول العناصر المستقلة في معادلة التنبؤ	قيمة R^2 معامل التحديد	قيمة t المحسوبة	مستوى دلالة t*
الموارد المادية	0.507	*9.307	0.000
الموارد البشرية	0.603	*6.548	0.000
ثقافة المنظمة	0.653	*5.680	0.000

* ذات دلالة إحصائية على ($\alpha \leq 0.05$)

الفرضية الرئيسة الثانية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لعوامل البيئة الخارجية بأبعادها(المستفيدين، الموردين) في تحسين جودة الخدمات الصحية.

جدول رقم (21)

نتائج تحليل التباين للانحدار(Analysis Of variance) للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الرئيس الثانية.

المصدر	درجات الحرية	معامل التحديد R^2	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى دلالة F
الانحدار	(2، 542)	0.505	89.17	44.59	*62.97	0.000
الخطأ			204.22	0.377		
الكلي			293.39			

* ذات دلالة إحصائية على ($\alpha \leq 0.05$)

يوضح الجدول رقم (21) صلاحية نموذج اختبار فرضية الدراسة الرئيس الثانية، ونظراً لارتفاع قيمة(F) المحسوبة عن قيمتها الجدولية على مستوى دلالة($\alpha \leq 0.05$) ودرجات حرية (542،2)، حيث إن أبعاد عوامل البيئية الخارجية تفسر(50.5%) من التباين في (جودة الخدمات الصحية)، وهذا يؤكد دور وأثر أبعاد عوامل البيئية الخارجية في تفسير جودة الخدمات الصحية. وبناء على ذلك نستطيع اختبار فرضية الدراسة الرئيسية الثانية.

هذا يشير إلى أن عوامل البيئة الخارجية تستكشف العوامل والمتغيرات الاقتصادية والتكنولوجية وقوى التنافس التي تؤثر في تحسين جودة الخدمات

الصحية وذلك من أجل تحديد الفرص والتهديدات الموجودة في بيئة المنظمة الخارجية ومعرفة مصادر ومكونات هذه الفرص والتهديدات من خلال تجزئتها إلى عناصر أو أجزاء فرعية وفهم علاقات التأثير فيما بينها ، من أجل تحسين جودة الخدمات.

جدول رقم (22)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار اثر أبعاد عوامل البيئية الخارجية في جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المراجعين والراقدين في المستشفيات

أبعاد عوامل البيئية الخارجية	B	الخطأ المعياري	Beta	قيمةt المحسوبة	مستوى دلالة t
المستفيدين	0.37	0.05	0.36	6.61*	0.000
الموردون	0.25	0.07	0.22	*4.11	0.000

* ذات دلالة إحصائية على ($\alpha \leq 0.05$)

الفرضية الفرعية الأولى: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للمستفيدين كبعد من أبعاد البيئة الخارجية على تحسين جودة الخدمات الصحية.

يتضح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول رقم (22)، ومن متابعة قيم اختبار(t) أن متغير المستفيدين كبعد من أبعاد البيئة الخارجية الصحية له تأثير في تحسين جودة الخدمات الصحية، حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة(6.61)، وهي قيمة معنوية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$). مما يقتضي رفض الفرضية الصفرية والتي تنص على أنه: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للمستفيدين كبعد من أبعاد البيئة الخارجية الصحية في تحسين جودة الخدمات الصحية. وقبول الفرضية البديلة التي تنص على أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للمستفيدين كبعد من أبعاد البيئة الخارجية الصحية في تحسين جودة الخدمات الصحية. ولعل هذا يعود لشعور المريض في المستشفى بأنه بأيدي أمينة، وأنه تُجرى المتابعة الصحية للمريض في المستشفى بشكل دقيق، وأن فرص الحصول على العلاج في المستشفيات الحكومية سهلة الأمر الذي يؤدي إلى تحسين جودة الخدمات الصحية.

الفرضية الفرعية الثانية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للموردين كبعد من أبعاد البيئة الخارجية على جودة الخدمات الصحية.

يتضح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول رقم (22)، ومن متابعة قيم اختبار(t) أن متغير الموردين كبعد من أبعاد البيئة الخارجية له تأثير في تحسين جودة الخدمات الصحية، حيث بلغت قيمة(t) المحسوبة (4.11)، وهي قيمة معنوية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$). مما يقتضي رفض الفرضية الصفرية والتي تنص على أنه: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للموردين كبعد من أبعاد البيئة الخارجية في تحسين جودة الخدمات الصحية. وقبول الفرضية البديلة التي تنص على أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للموردين كبعد من أبعاد البيئة الخارجية في تحسين جودة الخدمات الصحية. وهذا يشير إلى أن الخدمات الصحية تتوافر في الوقت المناسب، وأن الكميات المطلوبة من المستلزمات الطبية يتم توفيرها بالشكل الملائم، وأن المستشفى يزود بالأدوية والمستلزمات الصحية ضمن مواصفات ذات جودة عاليه، وأن المستشفيات تجهز بأحدث الأجهزة الطبية ذات الجودة العالية الأمر الذي يؤدي إلى تحسين جودة الخدمات الصحية.

وعند إجراء تحليل الانحدار المتعدد التدريجي Stepwise Multiple Regression لتحديد أهمية كل متغير مستقل على حدة في المساهمة في النموذج الرياضي، الذي يمثل أثر أبعاد عوامل البيئة الخارجية بأبعادها (المستفيدين، الموردين) في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المراجعين والراقدين في المستشفيات، كما يتضح من الجدول (23) والذي يبين ترتيب دخول المتغيرات المستقلة في معادلة الانحدار، فإن متغير المستفيدين قد احتل المرتبة الأولى وفسر ما مقداره (42.3%) من التباين في المتغير التابع، ودخل متغير الموردون حيث فسر مع متغير المستفيدون (50.2%) من التباين في جودة الخدمات الصحية بوصفه متغيراً تابعاً.

جدول رقم (23)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد التدريجي "Stepwise Multiple Regression" للتنبؤ بجودة الخدمات الصحية من خلال أبعاد عوامل البيئة الخارجية كمتغيرات مستقلة

ترتيب دخول العناصر المستقلة في معادلة التنبؤ	قيمة R^2 معامل التحديد	قيمة t المحسوبة	مستوى دلالة t*
المستفيدين	0.423	*9.909	0.000
الموردون	0.502	6.768*	0.000

* ذات دلالة إحصائية على ($\alpha \leq 0.05$)

الفرضية الرئيسة الثالثة: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لتصورات المبحوثين عن جودة الخدمات الصحية تعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، طبيعة المهنة، مكان السكن).

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way Anova) تصورات أفراد العينة لجودة الخدمات الصحية تعزى للمتغيرات الديمغرافية (العمر، المستوى التعليمي، طبيعة المهنة) وتطبيق اختبار(S-N-K) (Student Newman keuls) لاستخراج المقارنات البعدية في حالة وجود الفروق:

الجدول رقم (24)

تحليل التباين لتصورات المبحوثين لجودة الخدمات الصحية تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (العمر، المستوى التعليمي، طبيعة المهنة)

المتغير الشخصي	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة(ف)	مستوى الدلالة
العمر	بين المجموعات داخل المجموعات	(3، 541)	3.35 58.24	1.12 0.11	*7.19	0.000
المستوى التعليمي	بين المجموعات داخل المجموعات	(3، 541)	2.96 59.63	0.99 0.11	*6.18	0.000
طبيعة المهنة	بين المجموعات داخل المجموعات	(3، 541)	4.36 57.24	1.45 0.11	*9.51	0.000

* ذات دلالة إحصائية على ($\alpha \leq 0.05$)

أولاً: الفروقات في تصورات المبحوثين لجودة الخدمات الصحية تبعاً "للنوع الاجتماعي ومكان السكن":

تشير المعطيات الإحصائية في الجدول رقم (25) إلى أنه يوجد فروقات ذات دلالة إحصائية لتصورات المبحوثين نحو(جودة الخدمات الصحية) تعزى لمتغير (النوع الاجتماعي) وذلك بسبب ارتفاع قيم (t) المحسوبة عن قيمتها الجدولية، وبلغت قيمة(t) المحسوبة (5.15)، مما يقتضي رفض الفرضية، والتي تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في تصورات المبحوثين نحو(جودة الخدمات الصحية) تعزى لمتغير (النوع الاجتماعي). وقبول الفرضية، والتي تنص على أنه توجد فروق ذات دلاله إحصائية في تصورات المبحوثين نحو(جودة الخدمات الصحية) تعزى لمتغير (النوع الاجتماعي). ويبين الجدول (35) أن الفروق بالنسبة للنوع الاجتماعي كانت لصالح الذكور بدليل ارتفاع متوسطهم الحسابي حيث بلغ متوسط إجابتهم (3.68)، ومتوسط إجابة الإناث (3.39). وتفسر هذه النتيجة على أن الذكور أكثر إدراكاً لمؤشرات جودة الخدمات الصحية.

وتشير المعطيات الإحصائية في الجدول رقم (25) إلى أنه يوجد فروقات ذات دلالة إحصائية لتصورات المبحوثين نحو(جودة الخدمات الصحية) تعزى لمتغير (مكان السكن) وذلك بسبب ارتفاع قيم (t) المحسوبة عن قيمتها الجدولية، وبلغت قيمة (t) المحسوبة (5.60)، مما يقتضي رفض الفرضية، والتي تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في تصورات المبحوثين نحو(جودة الخدمات الصحية) تعزى لمتغير (مكان السكن). وقبول الفرضية، والتي تنص على أنه توجد فروق ذات دلاله إحصائية في تصورات المبحوثين نحو(جودة الخدمات الصحية) تعزى لمتغير (مكان السكن). ويبين الجدول (25) أن الفروق بالنسبة لمكان السكن كانت لصالح المبحوثين سكان المدينة بدليل ارتفاع متوسطهم الحسابي حيث بلغ متوسط إجابتهم (3.72)، ومتوسط إجابة المبحوثين سكان القرى (3.35) وتفسر هذه النتيجة على أن سكان المدينة أكثر إدراكاً لمؤشرات جودة الخدمات الصحية وذلك لقربهم من هذه المستشفيات.

الجدول رقم (25)

نتائج تحليل اختبار(t) لتصورات المبحوثين على جودة الخدمات الصحية تبعاً لمتغير(النوع الاجتماعي ومكان السكن).

المتغير	فئات المتغير	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة(t)	مستوى الدلالة
النوع الاجتماعي	ذكر	3.68	0.38	*5.147	0.000
	أنثى	3.39	0.44		
مكان السكن	مدينة	3.72	0.42	*5.597	0.000
	قرية	3.35	0.55		

* ذات دلالة إحصائية على (0.05 ≥α)

ثانياً: الفروقات في تصورات المبحوثين لجودة الخدمات الصحية تبعاً لمتغير العمر:

وأشارت النتائج التي يعرضها الجدول رقم (24) للفروقات في جودة الخدمات الصحية تبعاً لمتغير العمر، أنه توجد فروق ذات دلاله إحصائية لمتغير العمر في جودة الخدمات الصحية حيث وجدت أن (F=7.19) ومستوى الدلالة (α =0.000) وهذه النتيجة معنوية عند مستوى دلالة (0.05 ≥α)، مما يقتضي رفض الفرضية فيما يتعلق بهذا المتغير، وقبول الفرضية، والتي تنص على أنه توجد فروق ذات دلاله إحصائية في تصورات المبحوثين نحو(جودة الخدمات الصحية) تعزى لمتغير (العمر). ويعزز ذلك نتائج اختبار S-N-K (Student Newman keuls) للمقارنات البعدية حيث يبين الجدول رقم (26) أن هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الأعمار (30 سنة فأقل) والفئة العمرية (51 سنة فأكثر) ولصالح المبحوثين ذوي الأعمار (51 سنة فأكثر). ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الأعمار (31-40 سنة) والفئة العمرية (51 سنة فأكثر) ولصالح المبحوثين ذوي الأعمار (51 سنة فأكثر).ويمكن تفسير ذلك على أنه كلما زاد عمر الفرد كان أكثر نضجاً وإلماماً ويكون أكثر قدرة في التعرف على مؤشرات جودة الخدمات الصحية.

جدول رقم (26)

نتائج تحليل اختبار S-N-K (Student Newman keuls) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لتصورات المبحوثين على جودة الخدمات الصحية حسب متغير العمر

فئات العمر	المتوسط الحسابي	30 سنة فأقل	31-40 سنة	41-50 سنة	51 سنة فأكثر
30 سنة فأقل	3.30	-	-	-	0.32
31-40 سنة	3.39	-	-	-	*0.23
41-50 سنة	3.47	-	-	-	-
51 سنة فأكثر	3.62	-	-	-	-

* ذات دلالة إحصائية على مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

ثالثاً: الفروقات في تصورات المبحوثين لجودة الخدمات الصحية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي:

وأشارت النتائج التي يعرضها الجدول رقم (24) للفروقات في جودة الخدمات الصحية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، أنه توجد فروق ذات دلاله إحصائية لمتغير المستوى التعليمي في جودة الخدمات الصحية حيث وجدت أن ($F=6.18$) ومستوى الدلالة ($\alpha = 0.000$) وهذه النتيجة معنوية عند مستوى دلالة($\alpha \leq 0.05$)، مما يقتضي رفض الفرضية فيما يتعلق بهذا المتغير، وقبول الفرضية، والتي تنص على أنه توجد فروق ذات دلاله إحصائية في تصورات المبحوثين نحو(جودة الخدمات الصحية) تعزى لمتغير (المستوى التعليمي). ويعزز ذلك نتائج اختبار S-N-K (Student Newman keuls) للمقارنات البعدية حيث يبين الجدول رقم (27) أن هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي المستوى التعليمي (دراسات عليا) والمؤهل (الثانوية العامة فما دون) ولصالح ذوي المستوى التعليمي (دراسات عليا). ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي المستوى التعليمي (دراسات عليا) والمؤهل (دبلوم) ولصالح ذوي المستوى التعليمي (دراسات عليا). تُفسر هذه النتيجة على أنه كلما زاد مؤهل الفرد العلمي كلما زادت قدراته على تقييم العناصر الايجابية لجودة الخدمة الصحة وحسن سير العمل.

جدول رقم(27)

نتائج تحليل اختبار S-N-K (Student Newman keuls) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لتصورات المبحوثين على جودة الخدمات الصحية حسب متغير المستوى التعليمي

فئات المستوى التعليمي	المتوسط الحسابي	الثانوية العامة فما دون	دبلوم	بكالوريوس	دراسات عليا
الثانوية العامة فما دون	3.36	-	-	-	*0.23
دبلوم	3.41	-	-	-	*0.18
بكالوريوس	3.49	-	-	-	-
دراسات عليا	3.59	-	-	-	-

* ذات دلالة إحصائية على ($\alpha \leq 0.05$)

رابعاً: الفروقات في تصورات المبحوثين لجودة الخدمات الصحية تبعاً لمتغير طبيعة المهنة:

وأشارت النتائج التي يعرضها الجدول رقم (24) للفروقات في جودة الخدمات الصحية تبعاً لمتغير طبيعة المهنة ، أنه توجد فروق ذات دلاله إحصائية لمتغير طبيعة المهنة في جودة الخدمات الصحية حيث وجدت أن ($F=9.514$) ومستوى الدلالة ($\alpha = 0.000$) وهذه النتيجة معنوية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، مما يقتضي رفض الفرضية فيما يتعلق بهذا المتغير، وقبول الفرضية، والتي تنص على أنه توجد فروق ذات دلاله إحصائية في تصورات المبحوثين نحو(جودة الخدمات الصحية) تعزى لمتغير (طبيعة المهنة). ويعزز ذلك نتائج اختبار S-N-K (Student Newman keuls) للمقارنات البعدية حيث يبين الجدول (28) أن هنالك فروق ذات دلالة إحصائية المبحوثين من ذوي المهنة (ربة بيت) المبحوثين من ذوي المهنة (متقاعد) ولصالح المبحوثين من ذوي المهنة متقاعد. ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية المبحوثين من ذوي المهنة (قطاع عام) المبحوثين من ذوي المهنة (متقاعد) ولصالح المبحوثين من ذوي المهنة متقاعد. ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية المبحوثين من ذوي المهنة (ربة بيت) المبحوثين من ذوي المهنة (قطاع خاص) ولصالح المبحوثين من ذوي المهنة قطاع خاص. وتفسر هذه النتيجة على أن العاملين في القطاع الخاص والمتقاعدين هم أكثر إدراكاً لمؤشرات جودة الخدمات

الصحية وذلك تجربتهم لمستشفيات القطاع الخاص.

جدول رقم (28)

نتائج تحليل اختبار S-N-K (Student Newman keuls) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لتصورات المبحوثين على جودة الخدمات الصحية حسب متغير طبيعة المهنة

فئات طبيعة المهنة	المتوسط الحسابي	قطاع عام	قطاع خاص	متقاعد	ربة بيت
قطاع عام	3.43	-	-	*0.22	-
قطاع خاص	3.49	-	-	-	-
متقاعد	3.65	-	-	-	-
ربة بيت	3.25	-	*0.24	*0.40	-

* ذات دلالة إحصائية على ($\alpha \leq 0.05$)

الفرضية الرئيسة الرابعة: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لتصورات المبحوثين عن العوامل البيئية المؤثرة يعزى إلى المتغيرات الشخصية.

الجدول رقم (29)

تحليل التباين لتصورات المبحوثين للعوامل البيئية المؤثرة على جودة الخدمات تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (العمر، المستوى التعليمي، طبيعة المهنة)

المتغير الشخصي	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة(ف)	مستوى الدلالة
العمر	بين المجموعات داخل المجموعات	(3، 541)	5.619 87.346	1.873 0.161	*8.020	0.000
المستوى التعليمي	بين المجموعات داخل المجموعات	(3، 541)	5.373 87.592	1.791 0.162	*11.501	0.000
طبيعة المهنة	بين المجموعات داخل المجموعات	(3، 541)	3.949 89.016	1.316 0.215	*5.530	0.001

* ذات دلالة إحصائية على ($\alpha \leq 0.05$)

أولاً: الفروقات في تصورات المبحوثين للعوامل البيئيـة المـؤثرة علـى جـودة الخدمات الصحية تبعاً "للنوع الاجتماعي ومكان السكن":

تشير المعطيات الإحصائية في الجدول رقم (30) إلى أنه يوجد فروقـات ذات دلالة إحصائية لتصورات المبحوثين نحو(العوامل البيئيـة المـؤثرة علـى جـودة الخدمات الصحية) تعزى لمتغير (النوع الاجتماعي) وذلك بسبب ارتفـاع قـيم (t) المحسوبة عن قيمتها الجدولية، وبلغت قيمة (t) المحسوبة (2.985)، مما يقتـضي رفض الفرضية، والتي تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلالـه إحـصائية فـي تصورات المبحوثين نحو(العوامل البيئية المؤثرة على جـودة الخـدمات الـصحية) تعزى لمتغير (النوع الاجتماعي). وقبول الفرضية، والتي تنص علـى أنـه توجـد فروق ذات دلاله إحصائية في تصورات المبحوثين نحو(العوامل البيئية المؤثرة على جودة الخدمات الصحية) تعزى لمتغير (النوع الاجتماعي). ويبين الجدول (35) أن الفروق بالنسبة للنوع الاجتماعي كانت لصالح الذكور بـدليل ارتفـاع متوسـطهم الحسابي حيث بلغ متوسط إجابتهم (3.81)، ومتوسط إجابة الإناث (3.62). وتفسر هذه النتيجة على أن الذكور هم أكثر إدراكاً للعوامل البيئية المـؤثرة علـى جـودة الخدمات الصحية.

وتشير المعطيات الإحصائية في الجدول رقم (30) إلى أنه يوجد فروقات ذات دلالة إحصائية لتصورات المبحوثين نحو(العوامل البيئيـة المـؤثرة علـى جـودة الخدمات الصحية) تعزى لمتغير (مكان الـسكن) وذلـك بـسبب ارتفـاع قـيم (t) المحسوبة عن قيمتها الجدولية، وبلغت قيمة (t) المحسوبة (3.45)، ممـا يقتـضي رفض الفرضية، والتي تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلالـه إحـصائية فـي تصورات المبحوثين نحو(العوامل البيئية المؤثرة على جـودة الخـدمات الـصحية) تعزى لمتغير (مكان السكن). وقبول الفرضية، والتي تنص على أنه توجـد فـروق ذات دلاله إحصائية في تصورات المبحوثين نحو(العوامل البيئية المؤثرة على جودة الخدمات الصحية) تعزى لمتغير (مكان السكن). ويبين الجـدول (35) أن الفـروق بالنسبة لمكان السكن كانت لصالح المبحوثين سكان المدينة بدليل ارتفاع متوسـطهم الحسابي حيث بلغ متوسط إجابتهم (3.86)، ومتوسط إجابة المبحوثين سكان القـرى

(3.56). وتفسر هذه النتيجة على أن سكان المدينة هم أكثر إدراكاً للعوامل البيئية المؤثرة على جودة الخدمات الصحية.

الجدول رقم(30)

نتائج تحليل اختبار(t) لتصورات المبحوثين على العوامل البيئية المؤثرة على جودة الخدمات الصحية تبعاً لمتغير(النوع الاجتماعي ومكان السكن).

المتغير	فئات المتغير	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة(t)	مستوى الدلالة
النوع الاجتماعي	ذكر	3.81	0.52	*2.98	0.003
	أنثى	3.62	0.49		
مكان السكن	مدينة	3.86	0.39	*3.45	0.000
	قرية	3.56	0.51		

* ذات دلالة إحصائية على (0.05 ≥α)

ثانياً: الفروقات في تصورات المبحوثين للعوامل البيئية المؤثرة على جودة الخدمات الصحية تبعاً لمتغير العمر:

وأشارت النتائج التي يعرضها الجدول رقم (29) للفروقات في العوامل البيئية المؤثرة على جودة الخدمات الصحية تبعاً لمتغير العمر، أنه توجد فروق ذات دلاله إحصائية لمتغير العمر في العوامل البيئية المؤثرة على جودة الخدمات الصحية حيث وجدت أن (F=8.020) ومستوى الدلالة (α =0.000) وهذه النتيجة معنوية عند مستوى دلالة (0.05 ≥α)، مما يقتضي رفض الفرضية فيما يتعلق بهذا المتغير، وقبول الفرضية، والتي تنص على أنه توجد فروق ذات دلاله إحصائية في تصورات المبحوثين نحو(العوامل البيئية المؤثرة على جودة الخدمات الصحية) تعزى لمتغير (العمر). ويعزز ذلك نتائج اختبار S-N-K (Student Newman keuls) للمقارنات البعدية حيث يبين الجدول (31) أن هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الأعمار (30 سنة فأقل) والفئة العمرية (51 سنة فأكثر) ولصالح المبحوثين ذوي الأعمار (51 سنة فأكثر). ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الأعمار (31-40 سنة) والفئة العمرية (51 سنة فأكثر) ولصالح المبحوثين ذوي الأعمار (51 سنة فأكثر). ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الأعمار (41-50 سنة) والفئة العمرية (51 سنة فأكثر) ولصالح المبحوثين ذوي الأعمار

(51 سنة فأكثر). وما يفسر تلك النتيجة أنه كلما زاد عمر الفرد يصبح أكثر علمـاً بحيثيات العمل، فتزاد ثقته واعتماده على نفسه ويزداد معرفتـه بالعوامـل البيئيـة المؤثرة على جودة الخدمات الصحية.

الجدول رقم(31)

نتائج تحليل اختبار S-N-K (Student Newman keuls) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لتصورات المبحوثين على العوامل البيئية المؤثرة على جودة الخدمات الصحية حسب متغير العمر

فئات العمر	المتوسط الحسابي	30 سنة فأقل	31-40 سنة	41-50 سنة	51 سنة فأكثر
30 سنة فأقل	3.49	-	-	-	*0.37
31-40 سنة	3.57	-	-	-	*0.29
41-50 سنة	3.65	-	-	-	*0.21
51 سنة فأكثر	3.86	-	-	-	-

* ذات دلالة إحصائية على مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

ثالثاً: الفروقات في تصورات المبحوثين للعوامل البيئيـة المـؤثرة علـى جـودة الخدمات الصحية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي :

وأشارت النتائج التي يعرضها الجدول رقم (29) للفروقات في العوامل البيئية المؤثرة على جودة الخدمات الصحية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، أنه توجد فروق ذات دلاله إحصائية لمتغير المستوى التعليمي في العوامل البيئية المؤثرة على جودة الخدمات الصحية حيث وجدت أن ($F=11.501$) ومـستوى الدلالـة ($\alpha =0.000$) وهذه النتيجة معنوية عند مستوى دلالة ($\alpha =0.01$)، مما يقتضي رفض الفرضـية فيما يتعلق بهذا المتغير، وقبول الفرضية، والتي تنص على أنه توجـد فـروق ذات دلاله إحصائية في تصورات المبحوثين نحو(العوامل البيئية المـؤثرة علـى جـودة الخدمات الصحية) تعزى لمتغير (المستوى التعليمي). ويبين الجدول (32) أن هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي المستوى التعليمي (دراسات عليـا) والمؤهـل (الثانوية العامة فما دون) ولصالح ذوي المستوى التعليمي (دراسات عليا). ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي المستوى التعليمي (دراسات عليـا) والمؤهـل

(دبلوم) ولصالح ذوي المستوى التعليمي (دراسات عليا). ويفسر تلك النتيجة أنه كلما زاد مؤهل الموظف تزاد تبعاً لذلك خبراته ويصبح أكثر علماً ودارية بحيثيات العمل وللعوامل البيئية المؤثرة على جودة الخدمات الصحية.

الجدول رقم (32)

نتائج تحليل اختبار اختبار S-N-K (Student Newman keuls) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لتصورات المبحوثين على العوامل البيئية المؤثرة على جودة الخدمات الصحية حسب متغير المستوى التعليمي

فئات المستوى التعليمي	المتوسط الحسابي	الثانوية العامة فما دون	دبلوم	بكالوريوس	دراسات عليا
الثانوية العامة فما دون	3.56	-	-	-	*0.41
دبلوم	3.66	-	-	-	*0.31
بكالوريوس	3.72	-	-	-	-
دراسات عليا	3.97	-	-	-	-

* ذات دلالة إحصائية على مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

رابعاً: الفروقات في تصورات المبحوثين للعوامل البيئية المؤثرة علـى جـودة الخدمات الصحية تبعاً لمتغير طبيعة المهنة:

وأشارت النتائج التي يعرضها الجدول رقم (29) للفروقات في العوامل البيئية المؤثرة على جودة الخدمات الصحية تبعاً لمتغير طبيعة المهنة، أنه توجد فروق ذات دلاله إحصائية لمتغير طبيعة في العوامل البيئية المـؤثرة علـى جـودة الخـدمات الصحية حيث وجدت أن ($F=5.530$) ومستوى الدلالة($\alpha = 0.001$) وهذه النتيجـة معنوية عند مستوى دلالة($\alpha = 0.01$)، مما يقتضي رفض الفرضية فيما يتعلق بهذا المتغير، وقبول الفرضية، والتي تنص على أنه توجد فروق ذات دلاله إحصائية في تصورات المبحوثين نحو (العوامل البيئية المؤثرة على جودة الخـدمات الـصحية) تعزى لمتغير (طبيعة المهنة). ويعزز ذلك نتائج اختبار S-N-K (Student Newman keuls) للمقارنات البعدية حيث يبين الجدول رقم(33) أن هنالك فـروق ذات دلالـة إحصائية المبحوثين من ذوي المهنة (قطاع عـام) المبحـوثين مـن ذوي المهنـة (متقاعد) ولصالح المبحوثين من ذوي المهنة قطاع عام. ووجدت فروق ذات دلالة

إحصائية المبحوثين من ذوي المهنة (قطاع عـام) المبحـوثين مـن ذوي المهنـة (ربة بيت) ولصالح المبحوثين من ذوي المهنة قطاع عام. وتفسر هذه النتيجة على أن العاملين في القطاع العام هم أكثر إدراكاً للعوامل البيئية المـؤثرة علـى جـودة الخدمات الصحية.

الجدول رقم (33)

نتائج تحليل اختبار S-N-K (Student Newman keuls) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لتصورات المبحوثين على جودة الخدمات الصحية حسب متغير طبيعة المهنة

فئات طبيعة المهنة	المتوسط الحسابي	قطاع عام	قطاع خاص	متقاعد	ربة بيت
قطاع عام	3.90	-	-	-	-
قطاع خاص	3.70	-	-	-	-
متقاعد	3.63	*0.27	-	-	-
ربة بيت	3.59	*0.31	-	-	-

* ذات دلالة إحصائية على ($\alpha \leq 0.05$)

4. 3 مناقشة النتائج:

من خلال التحليل الإحصائي للبيانات فقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج يمكن توضيحها كما يأتي:

1- أن تصورات المبحوثين لعوامل البيئة الداخلية، جاءت بدرجة مرتفعة، وقد احتّل بعد ثقافة المنظمة المرتبة الأولى، يلي ذلك بعد الموارد البشرية، في حين جاء في المرتبة الثالثة والأخيرة بعد الموارد المادية بمتوسط وهي نتيجة منطقيـة لأن عوامل البيئة الداخلية هي نابعة من بيئة المنظمة، وتـؤثر علـى جـودة الخدمات الصحية وهي مدركة من قبل القائمين على مدينة الطب العراقية، كما تعكس هذه النتيجة الاهتمام على نوعية الخدمة المقدمة للمراجعين كونها تقـدم خدمة تشكل عصب الحياة في المجتمع العراقي في ظل الأوضـاع الراهنـة. ويتمثل ذلك في أنه في إدارة المستشفيات يجب أن تفي بالوعود التي تقطعهـا على نفسها تجاه المراجعين، وتبدى اهتماماً مخلصاً بمشاكل المراجعين وتعمل

على إيجاد الحلول لها، وتحرص على تقديم الخدمة الصحية بالشكل الـصحيح في المقام الأول، وتلتزم بالتوقيتات المحددة لتقديم خدماتها إلـى المـراجعين، وتحتفظ بسجلات دقيقة وموثقة. والتقت نتائج هذه الدراسة مع ما جـاءت بـه دراسة (ياسين وآخـرون، 2001) ودراسـة(ابـو حـشيش، 2003) ودراسـة (الساعدي، 2007).

2. وأن تصورات المبحوثين لعوامل البيئة الخارجية، جاءت بدرجة مرتفعة، وقـد احتّل بعد المستفيدين المرتبة الأولى، في حين جاء في المرتبة الأخيـرة بعـد الموردون. وهي نتائج منطقية لأن قدرة عوامل البيئة الخارجية في التـأثير فـي جودة الخدمات الصحية كانت أقل من العوامل الداخلية كونها خارج بيئة المستشفى. ويتمثل ذلك في أن تولي المستشفيات أهمية لتوفر معدات وأجهزة تقنية حديثة. وتوفر برمجيات حديثة، وتوفر مرافق مادية وتسهيلات ملائمة، وأن تخـضع المعدات المستخدمة في المستشفى لصيانة دورية.

3. أن مستوى جودة الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية وفقـاً لتـصورات أفراد عينة الدراسة كانت ذات مستوى متوسط, وما يفسر ذلك أن مدينة الطب العراقية تقدم خدمات ذا صبغه حيوية للمواطنين, وهي محط اهتمامهم, كما أن تدني مستوى الخدمات فيهما يولد ضغطا عليها, أو قد تكون عرضه للنقد مـن المواطنين عبر وسائل الإعلام المختلفة. ويفسر ذلك ان العاملون فـي مدينـة الطب يبدون على درجة عالية من حسن المظهر، ويتلاءم المظهر العام لمدينة الطب مع طبيعة الخدمات المقدمة للمراجعين, وهم قادرين على كـسب ثقـة المراجعين, واستعداد العاملين في مساعدة المواطنين وهم على جاهزية عاليـة في الحالات الطارئة. كما تُفسر هذه النتيجة اهتمام المستشفيات بجودة الخدمـة المقدمة للمراجعين، لارتباطها المباشر بمتطلبات الحياة الأساسية في المجتمع، وأن أي تدني في جودة الخدمة المقدمة سينعكس سلباً علـى كافـة قطاعـات المجتمع، إلا أن المستشفيات لم تحرز التقدم المتوقع منها في الـسيطرة علـى سجلات دقيقة وموثقة للعملاء، والتوقيتات والمعلومات المقدمة للعمـلاء، لـذا يتطلب ذلك جهداً جماعياً قوياً، ومستمراً من قبل المستشفيات للسيطرة علـى

هذه المشكلات من وجهة نظر المراجعين. والتقت نتائج هذه الدراسة مع مـا جاءت به دراسة (ياسين وآخرون، 2001) ودراسة(ابو حشيش، 2003) ودراسة (الساعدي، 2007)،ودراسة (الأحمدي، 2006) ودراسة (ألسعيدي،2007).

4. إن أبعاد عوامل البيئية الداخلية تفسر(65.7%) من التباين في (جودة الخدمات الصحية)، وإن متغير الموارد المادية قد احتل المرتبة الأولى وفسر ما مقداره (50.7%) من التباين في المتغير التابع، ودخل متغير الموارد البشرية حيـث فسر مع الموارد المادية (60.3%) من التباين في المتغير التابع، دخل أخيـراً متغير ثقافة المنظمة حيث فسر مع المتغيرات السابقة ما مقداره(65.3%) من التباين في جودة الخدمات الصحية بوصفه متغيراً تابعاً. وتُفسر هذه النتيجـة اهتمام المستشفيات بتوقعات وحاجات ورغبات المراجعين وفقاً لرؤيتها العامة، دون إسناد ذلك إلى بيانات يتم جمعها من المراجعين أنفسهم، مما قد يـنعكس على جودة الخدمة، ومدى واقعية برامجها فـي تحقيـق توقعـات وحاجـات ورغبات المراجعين، خصوصاً في ظل عدم تطبيق نظام محوسب للتعامل مع المراجعين.

5. إن أبعاد عوامل البيئية الخارجية تفسر(50.5%) من التباين في (جودة الخدمات الصحية)، وإن متغير المستفيدين قد احتل المرتبة الأولى وفسر مـا مقـداره (42.3%) من التباين في المتغير التابع، ودخل متغير الموردون حيث فسر مع الموردون (50.2%) من التباين في جودة الخدمات الصحية بوصفه متغيـراً تابعاً. وقد يعود السبب في ذلك إلى أهمية وضوح توجه المستشفيات المستقبلي والأهداف التي تسعى لتحقيقها، كذلك المركز الذي ترغب في الوصول اليه في تقديم الخدمة للمراجعين، والاعتماد على الاتصالات في نشر ونقل المعلومات إلى جميع العاملين حول هذه التوجهات المستقبلية، والأهداف المرغوب فيهـا، وأهمية تحقيقها، وتبادل الآراء حول الخطط البديلة. وتفسر هذه النتيجة علـى أن المنظمات الناجحة ومن اجل ضمان بقائها، واستمرارها قوية ومؤثرة يجب ان لا تقف عند حد الكفاءة بمعني ان تقتنع بالقيام بأعمالها بطريقة صحيحة، بل أن يصبح التغيير والتطوير والتجديد هي السمات المميزة لأدائها لخدماتها.

6. بينت نتائج الدراسة وجود فروق داله إحصائيا عند مستوى دلاله (α≤0,05) في تصورات المبحوثين لجودة الخدمة الصحية تعزى لمتغير النوع الاجتماعي ولصالح الذكور, ووجود فروق داله إحصائيا عند مستوى دلاله (α≤0,05) في تصورات المبحوثين لجودة الخدمة الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي ولصالح حملة الدراسات العليا, ووجود فروق داله إحصائيا عند مستوى دلاله (α≤0,05) في تصورات المبحوثين تعزى لجودة الخدمة الصحية تعزي لمتغير طبيعة المهنة ولصالح (قطاع خاص ومتقاعدين), ووجود فروق داله إحصائيا عند مستوى دلاله (α≤0,05) في تصورات المبحوثين لجودة الخدمة الصحية تعزي لمتغير مكان السكن ولصالح سكان المدن, ووجود فروق داله إحصائيا عند مستوى دلاله (α≤0,05) في تصورات المبحوثين لجودة الخدمة الصحية تعزى لمتغير العمر ولصالح الفئة العمرية (51سنه فأكثر). ويفسر ذلك أن الفرد الحاصل على المؤهل العلمي المناسب يكون أكثر وعيا بجوانب العمل ومؤشرات جودة الخدمة الصحية ، وكلما كان المؤهل عالياً، كان فهم الفرد للعمل عالياً وبالتالي يكون إنجازه عالياً، ويصبح أكثر وعياً بمؤشرات جودة الخدمة الصحية، و أنه كلما زاد عمر الفرد كان أكثر نضجاً وإلماماً ويكون أكثر عطاء وعلماً ودارية بحيثيات العمل ومؤشرات جودة الخدمة الصحية.
7. كما بينت وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلاله (α≤0,05) في تصورات المبحوثين للعوامل البيئية المؤثرة تعزى لمتغير النوع الاجتماعي ولصالح الذكور, ووجود فروق داله إحصائيا عند مستوى دلاله (α≤0,05) في تصورات المبحوثين للعوامل البيئية المؤثرة تعزى لمتغير المستوى التعليمي ولصالح حملة الدراسات العليا, ووجود فروق داله إحصائيا عند مستوى دلاله (α≤0,05) في تصورات المبحوثين تعزى لجودة الخدمة الصحية تعزي لمتغير طبيعة المهنة ولصالح (قطاع عام), ووجود فروق داله إحصائيا عند مستوى دلاله (α≤0,05) في تصورات المبحوثين لجودة الخدمة الصحية تعزي لمتغير مكان السكن ولصالح سكان المدن, ووجود فروق داله إحصائيا

عند مستوى دلاله ($\alpha \leq 0,05$) في تصورات المبحوثين لجودة الخدمة الصحية تعزى لمتغير العمر ولصالح الفئة العمرية (51سنه فأكثر). فيما يخص المؤهل التعليمي فان ما يفسر هذه النتيجة, انه كلما ارتفع المستوى التعليمي للفرد, زاد إدراكهم وفهمهم بمعايير جودة الخدمة, فكلما زاد مؤهل الفرد كان أكثر نضجاً وإلماماً ويكون أكثر عطاء, وإن الفرد الحاصل على المؤهل العلمي المناسب يكون أكثر وعيا بأبعاد جودة الخدمة، وكلما زادت خبرات الفرد أصبح أكثر اهتماما بمعايير الجودة التي ترفع من سوية وجودة خدماتهم, ذلك لان الجودة تعتمد على مهارة مقدمها وزمان ومكان تقديمها، ويمكن تفسير ذلك على أن الذكور أكثر اطلاعاً على المعلومات الخاصة بأبعاد جودة الخدمة، مما يجعلهم أكثر وعياً بمتطلباتها.

4. 4 التوصيات:

على ضوء النتائج التي تم التوصل إليها فإن الدراسة توصي بما يلي:

أ. أن تولي المستشفيات العراقية أهمية للمراجعين للخروج من الحالة المتوسطة في اتجاهاتهم نحو تحقيق أبعاد جودة الخدمة الصحية وذلك من خلال إعادة النظر بأبعاد الجودة، ولا بد من منحهم الثقة والأمان والتعامل معهم باحترام وإشباع حاجاتهم وتوقعاتهم.

ب. أن يتوفر لدى إدارة المستشفيات العراقية مستوى من الالتزام، يتجسد في تعزيز ثقافة الجودة لدى العاملين، وتطوير مهاراتهم وتوفير رؤية إستراتيجية واضحة المعالم للمنظمة من خلال عقد الدورات التدريبية وورش العمل.

جـ. ضرورة ان يرتبط مسعى زيادة وتحسين الإنتاجية والجودة بتحسين أوضاع العاملين وزيادة مهاراتهم وضمن إستراتيجية متكاملة لإدارة الموارد البشرية وبهذا الصدد نقترح أن تقوم المستشفيات العراقية بتبني سياسات موارد بشرية أو تعيد النظر في السياسات القائمة وذلك من اجل :

1. وضع نظام مكافآت يفسح الطريق أمام تبني ثقافـة المـشاركة خـاص التدريب على برامج جودة الخدمة.

2. إعطاء الأفراد فرص كافية لاستخدام مهاراتهم وتزويـدهم بالإمكانـات اللازمة لتحليل وحل المشكلات، وتقديم المقترحات .
3. التوسع في استخدام فرق العمل، وتنمية روح الفريق .
4. توفير نظام الضمان والسلامة في العمل.

د - توصي هذه الدراسة بضرورة التنسيق بين المستشفيات العراقيـة (وجميـع المنظمات المستخدمة لنظام الجودة) وذلك من اجل :

1. تبادل الخبرات في مختلف قضايا الجودة .
2. الاستفادة من البرامج التدريبية التي تنفذ من قبل بعض هذه المنظمات.
3. تقييم النتائج المتحققة ومقارنتها واستخلاص المؤشرات المناسبة للحكم على مدى ما تحقق من أهداف أنظمة الجودة سواء علـى الأصـعدة الفنيـة أو البشرية أو التنظيمية .

هـ. ولما كانت هذه الدراسة لم تغطي جميع الأبعاد إذ أبقت المجـال مفتوحـاً لدراسات أخرى مستقبلية تتناول أبعاداً جديدة ذات علاقة بمتغيرات الدراسـة مثل (تكنولوجيا المعلومات، القيادة التحويلية، وإدارة المعرفة).

المراجع

أ. المراجع العربية:

إبراهيم، طلعت الدمرداش، (2000)، **اقتصاديات الخدمات الصحية**، الزقـازيق، مكتبة المدينة، الطبعة الثانية، مصر.

أبو الخير، حسن يوسف، (2006)،**أدارة السلوك التنظيمي** مدخل أخلاقي، النشر والطبع الكلية التكنولوجية بالمحلة الكبرى ، مصر.

أبـو النـصر، مـدحت محمـد،(2008)**، أساسـيات إدارة الجـودة الـشاملة TQM،**عمان، دار الفجر للنشر والتوزيع، الأردن.

أبو بكر، مصطفى محمود، (2008)، **أدارة الموارد البشرية** مدخل تحقيق الميزة التنافسية،الإسكندرية الدار الجامعية، مصر.

ابو حشيش، خليل، (2003)، دراسة بعنوان "نموذج مقترح لقياس وتقويم جـودة تكلفة اليوم العلاجي في المستشفيات غير الهادفة للربح" **مجلة البصائر للعلوم الاجتماعية تصدر عن جامعة البترا، المجلد(7) العدد(1) ص(89).**

أبو خرمه،عماد محمد، (2000)، إدارة الخدمات الصحية في الأردن، **مجلة الإداري، السنة(22) العدد(83) ص(93)**.

أبو شيخه، نادر احمد، (2000)، **أدارة الموارد البشرية**، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع الطبعة الأولى، الأردن.

الأحمدي، حنان بنت عبد الرحيم، (2006)، محددات جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية: دراسـة نوعيـة**، مجلـة الإدارة العامة،المجلـد(46) العـدد(3) ص(453).**

الأحمدي، طلال بن عايد، (2004)، **إدارة الرعاية الصحية،** مكتبـة الملـك فهـد الوطنية للنشر، السعودية.

البكري، ثامر ياسر، (2005)، **تسويق الخدمات الصحية**. عمان، دار اليـازوري للطباعة والنشر، الاردن.

أدريس والمرسي، ثابت عبد الـرحمن، جمـال الـدين محمـد، (2003)، **الإدارة الإستراتيجية** مفاهيم ونماذج تطبيقية، الدار الجامعية، مصر.

إدريس، ثابت عبد الرحمن، (2005)، **إدارة الأعمال** نظريات ونمـاذج تطبيقيـة، الإسكندرية، الدار الجامعية، مصر.

إدريس، ثابت عبد الرحمن، (2003)، **أدارة الإعمال اللوجستية** الإمداد والتوزيـع المادي، الدار الجامعية، مصر.

برنوطي . سعاد نايف، (2007)، **إدارة الموارد البشرية (أدارة الأفراد)**، عمان**،** دار وائل للنشر والتوزيع الطبعة الثالثة، الأردن .

بواعنه، عبد المهدي، (2004)، **إدارة الخدمات والمؤسـسات الـصحية،** عمـان، الطبعة الأولى دار الحامد للنشر والتوزيع ،الأردن

جاد الرب، سيد محمد، (2008)، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الـصحية** الإسكندرية، مصر.

جلدة، سليم بطرس،(2007)، **أدارة المستشفيات والمراكز الـصحية،**عمـان، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن.

جواد ، شوقي ناجي؛ والشموط، محمد سـالم، (2008)، **إدارة سلـسلة التوريـد** (علاقات الموردين مدخل إداري)، عمان، دار إثراء للنشر والتوزيع الطبعـة الأولى الأردن.

جواد، شوقي ناجي، (2000 أ)، **أدارة الستراتيج،** عمان، الطبعة الأولى دار حامد للنشر والطباعة والتوزيع، الأردن.

جواد، شوقي ناجي، (2000 ب)، **سلوك تنظيمـي،** عمـان، دار حامـد للنـشر والطباعة والتوزيع، الأردن.

جودة، محفوظ احمد، (2006)، **أدارة الجودة الشاملة** مفاهيم وتطبيقات ،عمـان، الطبعة الأولى دار وائل للنشر، الأردن .

حسن، راوية، (2001)، **السلوك في المنظمـات،** الإسـكندرية، الـدار الجامعيـة للطباعة والنشر، مصر.

الحداد، عواطف إبراهيم، (2009)، **إدارة الجودة الشاملة**.عمان، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن.

الدوري، زكريا مطلك، (2005)، **الإدارة الإستراتيجية مفاهيم وعمليات وحالات دراسية**، عمان، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن.

الدليل الاحصائي في دائرة مدينة الطب، قسم التخطيط والمتابعة، شعبة الاحصاء،(2009)، وزارة الصحة العراقية.

ديوب، محمد عباس؛ وعطية، هنادي رمضان،(2005)، دراسة بعنوان أدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس **مجلة تشرين للدراسات والبحوث للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد (27)العدد(2) ص(75).**

الزعبي، علي فلاح، (2009)، **أدارة التسويق،**عمان، دار اليازوري للطباعة والنشر، الأردن.

الزعبي، علي فلاح، (2010)، **إدارة التوزيع** مدخل تطبيقي متكامل. عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الأولى، الأردن.

ساعاتي، عبدلآله، (1998)، **مبادئ أدارة المستشفى**. القاهرة، دار الفكر العربي للطباعة والنشر ، الطبعة الأولى، مصر.

السامرائي، مهدي صالح، (2007)، **إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي.** عمان، دار جرير للنشر والتوزيع الطبعة الأولى، الأردن.

السالم، مؤيد سعيد، (2005)، **أساسيات الإدارة الإستراتيجية**، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع الطبعة الأولى، الأردن.

سالم، محمد علي، (2009)، **الإدارة الإستراتيجية**، الطبعة الأولى دار البداية للنشر والتوزيع.

سعيد ، خوله محمد كامل محمد، (2004)، **دور التخطيط التسويقي في تطوير رعاية المرضى** ، كلية الإدارة والاقتصاد ، جامعة بغداد.

السعيدي، احمد شجاع، (2007)، **تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء في الكويت** ، رسالة ماجستير في جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن.

الساعدي، فراس طالب، (2007)، **انموذج لتطوير القطاع الصحي** (دراسة تطبيقية) في كلية الإدارة والاقتصاد، بغداد

سلامة، محمد علي، (2007)، **العوامل الاجتماعية والاقتصادية وأثرها على الوعي الطبي**، الإسكندرية، دار الوفاء للطباعة والنشر الطبعة الأولى، مصر .

شاويش، مصطفى نجيب، (2005)، **أدارة الموارد البشرية،**عمان، دار الشروق للنشر والتوزيع الطبعة الثالثة، الأردن.

شاويش، مصطفى نجيب؛ وعبيدات، خالد سليمان، (2008)، **إدارة الموارد الشراء والتخزين**، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.

شو واليوت واسحاقون ومورفي، باتريشيا، كريس، بولي، اليزابيث، (2007)، **تحسين الجودة والأداء في الرعاية الصحية،** ترجمة طلال بن عايد الأحمدي، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر، السعودية.

شوشة، محمد علي فريد، (1999)، **الإدارة الإستراتيجية،** القاهرة دار النهضة العربية، مصر.

شعبة الإعلام والعلاقات العامة في مدينة الطب العراقية، بتاريخ 2010/5/10 متوفر عبر Baghdad@yahoo.com - medicalpress

الصباغ، زهير نعيم؛ وده، عبد الهادي إبراهيم، (2008)، **إدارة الموارد البشرية في القرن الحادي والعشرين منحنى نظمي،** عمان ،دار وائل للنشر الطبعة الأولى، الأردن.

الصيرفي، محمد، (2006)، **التطوير التنظيمي،** الإسكندرية، دار الفكر الجامعي، مصر.

الصيرفي، محمد، (2008)، **الشراء الالكتروني،**الإسكندرية، دار الفكر الجامعي، مصر.

الصيرفي، محمد، (2003)، **أدارة المواد** الشراء والتخزين بين النظرية والتطبيق الكمي، عمان دار قنديل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.

الطاهر، علاء فرج، **(2010)، أدارة المواد والجودة الـشاملة.** عمـان، الطبعـة الأولى دار الراية للنشر والتوزيع، الأردن.

طه، طارق، (2007)، **أدارة الأعمال** منهج حديث ومعاصـر، الإسـكندرية، دار الفكر الجامعي، مصر.

الضمور، هاني حامد،(2002)، **تـسويق الخـدمات**، عمـان، دار وائـل للنـشر والتوزيع،الأردن.

عبد العظيم، محمد، (2008)، **التسويق المقدم،** جامعة الإسكندرية، الدار الجامعية، مصر.

عزام،زكريا؛ وحسونة، عبد الباسط؛ والشيخ، مصطفى،(2008)، **مبادئ التـسويق الحديث بين النظرية والتطبيق**، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع الطباعة الطبعة الأولى، الأردن.

العمر، بدران عبد الرحمان، (2002)، مدى تطبيق مبادي أدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض. **دوريات الإدارة العامة المجلد(42) العدد(2) ص(307).**

العطية، ماجد، (2003)، **سلوك المنظمة: سلوك الفرد والجماعـة**، عمـان، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن.

عقيلي، عمر وصفي، (2001)، **مدخل إلى المنهجية المتكاملـة لإدارة الجـودة الشاملة** (وجهة نظر)، عمان، دار وائل للنشر، الأردن.

عقيلي، عمر وصفي، (2005)، **أدارة الموارد البشرية بعد استراتيجي** ،عمان، دار وائل للنشر الطبعة الأولى ، الأردن .

علوان، قاسم نايف، (**2005)، إدارة الجودة الشاملة،** عمان، دار الثقافـة للنـشر والتوزيع، الأردن.

العلوان، علاء الدين، (2004)، **الصحة في العراق** الوضـع الـصحي الـراهن والرؤى الجديدة تقرير لوزارة الصحة العراقية.

عيسى، سليم، (2010)، **أدارة شؤون الإفراد**، عمان، دار أسامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى،الأردن.

غنيم، احمد محمد، (2006)، **أدارة المستشفيات** رؤية معاصرة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، مصر .

فيلد، ديل؛ وجلين، فيليد؛ وساكري، بسترفليد، (2008)، **أدارة الجـودة الـشاملة،** ترجمة راشد بن محمد الحمالي، طبع ونشر جامعة الملك سعود، السعودية.

القريوتي، محمد قاسم، (2000)، **السلوك التنظيمي**،عمان، دار الشروق للتوزيـع والطبع ،الأردن.

القريوتي ،محمد قاسم، (2008)، **نظرية المنظمة والتنظيم**،عمان دار وائل للنشر والتوزيع الطبعة الثالثة،الأردن.

كوش، هيو ،(2002)، **أدارة الجودة الشاملة** تطبيقات الجودة الشاملة في الرعايـة الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، ترجمة طلال بن عايـد الأحمـدي، مكتبة الملك فهد للنشر، السعودية.

الكرخي، مجيد، (2009)، **التخطيط الاستراتيجي**، عرض نظري تطبيقي، عمـان، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن.

المحياوي، قاسم نايف حداد، (2006)، **أدارة الجودة فـي الخـدمات**، عمـان دار الشروق للنشر، الأردن.

ماضي، محمد توفيق، (2005)، **تطبيقات الجودة الشاملة في المنظمات الخدمة**، المنظمة العربية للتنمية.

مجيد، جاسم، (2004)، **الإدارة الحديثة**(التسويق، الوقت، الجـودة). الإسـكندرية، مؤسسة شباب الجامعة، مصر.

مجيد، سوسن؛ والزيادات، محمد، (2007)، **أدارة الجودة الشاملة تطبيقـات فـي الصناعة والتعليم**، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيـع الطبعـة الأولـى، الأردن.

مرسي، نبيل محمد، (2006)، **المهارات والوظائف الإدارية** كيف تنمي مهاراتـك الإدارية،المكتب الجامعي الحديث، مصر.

مشهور، ثروت، (2010)، **استراتيجيات التطـوير الإداري،** عمان، دار أسـامة للنـشر والتوزيع، الأردن.

مصطفى، احمد السيد، (2008)، **أدارة الموارد البشرية** رؤية استراتيجية معاصـرة، دار النيل العربية الطبعة الثانية، مصر.

المرسي، جمال الدين، (2006)، **أدارة الثقافة التنظيمية والتغيير، الإسـكندرية الـدار الجامعية ،مصر.**

المغربي، عبد الحميد عبد الفتاح، (2006)، **الإدارة الإستراتيجية بقياس الأداء المتوازن،** المنصورة، المكتبة العصرية، مصر.

الموسوي، سنان، (2004)، **إدارة الموارد البشرية وتأثيرات العولمة عليها،** عمان، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع الطبعة الأولى،الأردن .

ميرفي، كرستيوفر، (2007)، **فن أدارة التنـافس،** ترجمة خالد العامري، القـاهرة، دار الفاروق للنشر والتوزيع، مصر.

النداوي،عبد العزيز بدر، (2010)، **أدارة المشتريات والمخازن،** عمـان، دار المـسيرة للنشر والتوزيع ، الأردن.

النسور، أياد عبد الفتاح، (2008)، **أسس تسويق الخدمات السياحية العلاجية(مـدخل** مفاهيمي) .عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع الطبعة الأولى، الأردن.

نصيرات، فريد توفيق، (2008)، **أدارة المستشفيات،** عمان دار إثراء للنشر والتوزيـع الطبعة الأولى، الأردن.

نشوان، عمر؛ و نشوان، حسين (2004)، **السلوك التنظيمـي فـي الإدارة والإشـراف التربوي،**عمان، دار الفرقان للنشر والتوزيع الطبعة الثانية، الأردن.

الوقفي، عي عوض، (2004)، **تطوير ثقافة المنظمة لتحسين الأداء الموسـسي فـي البنوك التجارية الأردنية،** أطروحة دكتورا غير منشورة، جامعة عمان العربيـة للدراسات العليا، عمان، الأردن.

ولش، كيران؛ وسميث، جوديت، (2009)، **إدارة الرعاية الصحية،** الطبعـة الأولـى، ترجمة نبيل أبو النجا، مجموعة النيل العربية.

ياسين محمود؛ وتسوشري، اندروج؛ وجيننغز، دونال؛ ويـورك، كريـستوفر. (2001)، **إدارة الجهد المتعلق بالجودة في بيئة الرعاية الصحية:** تطبيق، ترجمـة طـلال عايد الأحمدي، مجلة الإدارة العامة، المجلد(41)، العدد (3) ص(589).

ب. المراجع الأجنبية

Bank, John (2000) , **The Essence of Total Quality Management** . New Jersey: Prentice – Hall, Inc .

Berman, Evan, M. James, S., Bowman, Jonathan P. West Montgomery Van Wart(2006), "**Human Resource Management In Public Service,**" Sage Publications, Thousand Oaks, London , New Delhi.

Brown, Andrew, D. (1998), "**Organizational Culture**" 2nd ed., First published in geat Britain .

Fang-Ming Hsu, Tser-Yieth Chen, Shuwen Wang(2009) **Efficiency and satisfaction of electronic records management systems in Hospital in Taiwan**, The Electronic Library, Volume: 27, Issue: 3, Page: 461 - 473

Fotter, Myron D, (2006)," Comparing Hospital Staff and Patient Perceptions of Customer Service: A polite Study Utilizing Survey and Focus Group data", Health Services Management Research, Vol.(19), No.(1), pp42-66.

Ghosh, Asit K. Prem Kumar, (2003), "**Human Resource Development Management ,**anmol Publications pvt .Ltd New Delhi .

Gupta, A . K. & Govindarajan, ViJay (2000), **Knowledge managements Social Dimension: Lessons From Nucor Steel** .Sloan Management Review, 42(1) , PP: 71- 81 Available 0n : http: soloanreview .mit edu.

Hilmer, Michael. 2002. Human Capital Ahainment, university quality and entry level wages for college transfor students, **Southern Economic Journal,** 69(2); 457-469

Johnson, P.F. Leenders, M . R. Flynn, A. E. & Fearon, H . E .(2006) Purchasing and supply Chain management, 13 th Ed ,Mc Craw HILL. Mc Walters , C. S, Morse, D. C. and Zimmerman , J. L. 2001. **Management Accounting; Analysis and Interpretation,** 2end Ed., Mc Graw- Hill.

Kinicki, Angelo. & Kreitner, Robert (2003).**Organizational behavior; Key concepts, skills and best practices .** copyright by The McGraw- Hill Companies, Inc

Kumar, A.S.Sudan Naveen (2004) **Organisation Effectiveness And Change**.First Published by J.L. Kumar For Anmol publications Pvt. Ltd.,New Delhi and printed at Mehra offset press, Delhi

Mikedent, Chris Howrthm, Frank Mueller And Claudia Peruschoft, 2004, **Archetype Transiton In The German Health Service, The Attempted Modernization Of Hospitals A North German State**,

Public Administration, Volume :82 Number 3. Blackwell Publishing.

Mc Walters, C. S, Morse, D . C. and Zimmerman , J . L. 2001. management Accounting: Analysis and Interpretation 2end Ed.,Mc Graw- Hill.

Osborne, Alexandria K.(2010) **Managing health care in a Libyan public hospital** A case study Walden University ,366 pages AAT 3397232.

Ozturk, Ali Osman (2005), "**The experience of Turkish public hospitals in enhancing performance through new public management: The role of ISO 9001 certification**", North Carolina State University, Abstract Dissertation International, AAT(3223188).

Robbins, P. Stephen & Judge, A. Timothy (2009),**Organizational Behavior**. 13th ed., New Jersey, Prentice Hal 1

Verbelen, bart (2007). **The impact of public expenditures on health** care **on total health expenditures: An exploratory analysis of selected OECD countries,** University of Southern California , Abstract Dissertation International, AAT 3291868

Vilegi-Peters, Deborah,(2010). **The impact of effective leadership on quality: The role of leadership in managing quality initiatives in health care,** Capella University ,158 pages; AAT 3397361

Wolper,Lawrence f.(2004) . **Health care administration,** Publishers, lnc, USA.

ملحق رقم (أ)

الاستبانه بصورتها النهائية

جامعة مؤتة

كلية أدارة الإعمال

برنامج ماجستير الإدارة العامة

أختي المواطنة الفاضلة .... المحترمة ، أخي المواطن الفاضل ...... المحترم

تحية طيبة وبعد ....

يقوم الباحث دراسة بعنوان" اثر العوامل البيئية الداخلية والخارجية في تحسين جودة الخدمات الصحية" دراسة تطبيقية من وجهة نظر متلقي الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية، وذلك استكمالا لمتطلبات نيل درجة الماجستير في الإدارة العامة،أرجو التلطف بتعبئة فقرات الاستبانة المرفقة بموضوعية وذلك بوضع علامة (✓)على الإجابة التي تناسبكم علما إن إجاباتكم سوف تعامل بسرية تامة وتستخدم لأغراض البحث العلمي حصراً شاكرا لكم حسن تعاونكم سلفاً. وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ....

الباحث

عادل عرنوص جمعة

القسم الأول : المتغيرات الشخصية

ضع أشارة (✓) حول الاجابة المناسبة

1. **الجنس** ذكر ☐ أنثى ☐
2. **العمر** 30 سنة فأقل ☐ 31 - 40 سنة ☐ 41-50 سنة ☐ 51 سنة فأكثر ☐

3 المؤهل التعليمي:

لا يجيد القراءة والكتابة ☐ ثانوية عامة فاقل ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐ دراسات عليا ☐

4. طبيعة المهنة : قطاع عام ☐ قطاع خاص ☐ متقاعد ☐ ربة بيت ☐

5 مكان السكن : مدينة ☐ قرية ☐

ملحق (ب)

قائمة بأسماء محكمي الاستبانه

قائمة بأسماء محكمي الاستبانه :

1- أ . د . حلمي شحادة	جامعة مؤته
2- أ . د. نضال الحوامدة	جامعة مؤته
3- أ . د. بشير الزعبي	جامعة مؤته
4- د. خالد الزعبي	جامعة مؤته
5- د. حسين العزب	جامعة مؤته
6- د. فيصل الشواوره	جامعة مؤته
7- د. اسعد العلي	جامعة مؤته

ملحق (ج)

ويشمل كتب تسهيل المهمة

Republic Of IRAQ
Ministry Of Health
MEDICAL City

جمهورية العراق
وزارة الصحة
دائرة مدينة الطب
شعبة التدريب والتطوير
العدد :
التاريخ : / ٥ / ٢٠١٠

الى/ وزارة الصحة/ الوكيل الأقدم /مركز تدريب وتطوير الملاكات / شعبة البحوث والوسائل التعليمية

م/تسهيل مهمة

تحية طيبة ....

خاطبتنا وزارة التخطيط/المركز الوطني للاستشارات والتطوير الإداري بموجب كتابهم المرقم ١٤٨٢ في٢/٥/٢٠١٠ بخصوص تسهيل مهمة السيد عادل عرنوص/الباحث في المركز المذكور وذلك لاتمام متطلبات نيل درجة الماجستير في الادارة العامة من جامعة مؤته–الأردن في إعداد بحثه الموسوم (اثر العوامل البيئية الداخلية والخارجية في تحسين جودة الخدمات الصحية) وذلك بملىء لاستبانه المرفقة من قبل المرضى.

للتفضل بالاطلاع بالعلم ولامانع لدينا من تسهيل مهمته في دائرتنا وحسب الضوابط السياقات

مع التقدير.

د.هاني موسى بدر
المدير العام

نسخه منه الى /

–مكتب المدير العام /شعبة التدريب مع الأوليات.

–مستشفيات الدائرة كافة/للاطلاع وتسهيل مهمته وحسب الضوابط مع التقدير.

اتصل بنا
MedicalCity2004@yahoo.com
العراق / بغداد – باب المعظم
هاتف /٤١٤٦٠٠٢

جمهورية العراق
وزارة التخطيط

المركز الوطني للاستشارات والتطوير الاداري
العدد : البحث والتطوير/٣/٣/ ١٤٨٢
الموافق : ٢ / آيار / ٢٠١٠ م

بسم الله الرحمن الرحيم

الى / وزارة الصحة - دائرة مدينة الطب

م/ استمارة استبيان

يهدي مركزنا تحياته ..

يرجى تسهيل مهمة السيد عادل عرنوص الباحث في المركز الوطني للاستشارات والتطوير الاداري وذلك لاتمام متطلبات نيل درجة الماجستير في الادارة العامة من جامعة مؤته - الاردن في اعداد البحث الموسوم ....

" **اثر العوامل البيئية الداخلية والخارجية في تحسين جودة الخدمات الصحية** "

دراسة تطبيقية من وجة نظر متلقي الخدمات الصحية ، وذلك بهدف تحسين مستوى الخدمات الصحية والوصول الى اعلى درجة من الجودة في تقديم الخدمات ،.

راجين تعاونكم بهذا المجال علما ان الاجابة لا تستدعي ذكر الاسم مطلقاً وستستخدم المعلومات لاغراض البحث العلمي .

مع خالص التقدير ....

المرافقات :
- استمارة استبيان

د. كاظم محمد بريسم العقابي
المدير العام
٢ / آيار / ٢٠١٠

سهيلة ٢/٥

جائزة الحسين للتميز الأكاديمي
برنامج إدارة الأعمال ٢٠٠٥

بسم الله الرحمن الرحيم

مؤتة

جامعة مؤتة
كلية إدارة الأعمال
Mu'tah University
Faculty of Business Administration

Ref: ....

Date....................

الرقم:....................

التاريخ: ٢٥/٤/٢٠١٠

الموافق: ....

لمن يهمه الأمـــــر

تحية طيبة وبعد ،،،

نرجو التكرم بالعلم بأن الطالب عادل عرنوص جمعة هو أحد طلبـــة الماجستير في قسم الإدارة العامة وسوف يقوم بإجراء رسالـــة ماجستير بعنوان :

" أثر العوامل البيئية الداخلية والخارجية في تحسين جودة الخدمات الصحية / دراسة تطبيقية على متلقي الخدمات في مدينة الطب العراقية في بغداد"

يرجى التكرم بتسهيل مهمته في الحصول على المعلومات اللازمة لإنجاز بحثه .

ولكم مني خالص الشكر والتقدير .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

رئيس قسم الادارة العامـــة

د. حسين العـــــزب